DISSERTATION

N° 104.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 août 1823, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J. B. PICARD, de Sainte-Marie-Laumont,

Département du Calvados.

O quantùm difficile est curare morbos pulmonum! O quantò difficilius eosdem cognoscere, et de iis dare certum præsagium!

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1823.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU, *Examinateur.*
BÉCLARD	FOUQUIER, *Examinateur.*
BERTIN.	GUILBERT, *Examinateur.*
BOUGON.	LAENNEC, *Suppléant.*
BOYER.	MARJOLIN.
CAYOL.	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN fils.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX, *Président.*	RICHERAND.
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kercaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron.	Parent du Chatelet.
Chomel.	Pavet de Courteille.
Cloquet aîné.	Ratheau.
Coutanceau.	Richard, *Suppléant.*
Delens.	Rullier.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux, *Examinateur.*	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Hommage de respect et de reconnaissance.

A MON COUSIN LAVALEY,

Docteur en médecine.

Vous qui avez toujours été mon protecteur, qui avez fait les plus grands sacrifices pour mon éducation, qui n'avez cessé de m'éclairer de vos sages conseils ; vous enfin à qui je dois tout, daignez accueillir cette faible production de mes études médicales comme un témoignage sincère de respect, d'attachement et de reconnaissance éternels.

J. B. PICARD.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Hommage de respect et de reconnaissance.

A MON COUSIN LAVALLÉE

Docteur en médecine.

C'est que nous tenons ici mon premier, mon vrai, mon seul livre. Plus
jamais nous n'écrirons pour nos adversaires, que nous cesse de m'écrire
de vos nouvelles ; nous reparlerons de deux ici. Au gros méchant
cette pièce produira de mes effets à éduquer comme un monstrueux
miroir de respect, d'attache, qui et de reconnaissance éternels.

J. B. PICARD.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

PARMI les nombreuses maladies qui affligent l'espèce humaine, la *pneumonie* est, sans contredit, l'une des plus fréquentes et des plus graves. La mollesse et la délicatesse du tissu pulmonaire qui en est le siége, l'abondance du sang qui parcourt habituellement les poumons, les variations qu'offre l'air qui les pénètre, leur action augmentée ou diminuée à chaque instant de la vie, et les sympathies très-étroites qui les unissent à tous les organes de l'économie, rendent facilement raison de la fréquence et de la gravité de cette affection. Elle a de tout temps fixé l'attention des médecins observateurs. Un grand nombre nous en ont laissé des descriptions plus ou moins bien faites, et lui ont assigné différentes dénominations; c'est ainsi qu'ils l'ont appelée *péripneumonie*, *febris peripneumonia*, *fluxion de poitrine*, *pleuro-pneumonie*, *pneumonie*, *etc.* Nous préférons cette dernière à toutes les autres, parce qu'elle est en même temps l'une des plus exactes et des plus usitées.

Avant *Hippocrate*, et même du temps de ce grand homme, les médecins, bornés à l'observation des symptômes, et privés du flambeau de l'anatomie pathologique, n'établissaient aucune différence entre la phlegmasie de la membrane séreuse qui recouvre les poumons et celle du tissu même de ces organes. Ce n'est guère que depuis les

travaux précieux de *Morgagni* que l'on voit des descriptions exactes de ces deux maladies. Plusieurs auteurs ont pensé que ces deux affections, quoique différentes par leur siége, marchaient toujours ensemble et confondaient leurs symptômes. D'autres, au contraire, parmi lesquels on peut citer avec distinction *Morgagni*, *Valsalva*, et M. *Portal*, rapportent des observations de pneumonie simple, et nient l'existence de l'inflammation de la plèvre seule. D'autres enfin, et surtout les médecins modernes, au nombre desquels se trouvent MM. les professeurs *Pinel* et *Laennec*, éclairés par des recherches d'anatomie pathologique plus exactes, et par l'usage du cylindre, dont ce dernier a enrichi la séméiotique, distinguent avec raison ces deux phlegmasies. A la vérité, elles se compliquent très-souvent, soit que l'inflammation s'étende de la plèvre au tissu pulmonaire, soit que de celui-ci elle se propage à la plèvre; mais il n'est pourtant pas très-rare de les voir exister à leur état de simplicité, surtout lorsqu'elles sont légères ou commençantes. L'autopsie cadavérique nous montre rarement les traces d'une pleurésie aiguë simple, tandis qu'il est assez commun d'y remarquer les désorganisations produites par une pneumonie aiguë simple. Cette différence est due à ce que la pleurésie seule est, dans son acuité, rarement mortelle; au lieu qu'une pneumonie du même état conduit assez souvent le malade au tombeau.

Avant d'entreprendre la description de la maladie qui fait le sujet de cette thèse, j'ai cru devoir jeter un coup-d'œil sur le tissu des poumons qui partage les anatomistes d'opinion, et faire quelques remarques sur les fonctions de ces viscères

Des poumons.

Organes essentiels de la sanguification, les poumons sont situés dans la poitrine, l'un à droite, plus volumineux, l'autre à gauche, plus petit, et renfermés chacun dans une cavité qui lui est propre, dont il remplit toute la capacité, et dont il suit tous les mouvemens, soit d'expansion, soit de rétrécissement. Ayant la forme d'un conoïde

irrégulier, aplati en dedans, ils ont une couleur et une densité très-variables, suivant l'âge et la quantité de sang qu'ils contiennent. Lorsqu'ils sont privés de ce liquide, ils ont toujours une couleur fauve pâle, qui se rapproche du gris ou du blanc sale, et elle est interrompue par des taches noires irrégulièrement disséminées à leur surface ou dans leur intérieur, et plus ou moins multipliées. Elles ne commencent à se manifester que vers l'âge de dix à douze ans.

La surface extérieure de chaque poumon, lisse et polie, est recouverte par la plèvre, membrane mince, blanche, demi-transparente, très-élastique, qui, après avoir tapissé toute la cavité destinée à loger ce viscère, se réfléchit sur les vaisseaux qui le pénètrent, et l'enveloppe de toutes parts, excepté vis-à-vis sa racine. Cette membrane séreuse ne contient pas le poumon dans sa propre cavité. Sa surface intérieure, partout en contact avec elle-même, exhale sans cesse une sérosité visqueuse qui facilite le glissement de sa portion pulmonaire sur sa portion pariétale.

Ces principaux organes de la respiration sont formés d'une très-grande quantité de lobules d'une configuration très-variable, et unis les uns aux autres par du tissu cellulaire lamelleux très-fin, et qui ne contient jamais de graisse.

La grosseur relative de ces lobules est très-différente, et elle varie beaucoup suivant leur état de vacuité ou de distension par l'air. Chacun d'eux est recouvert par une membrane très-mince, qui ne paraît être que du tissu lamineux réduit en membrane formant un petit sac qui enveloppe de toutes parts le lobule auquel il appartient, et qui y est uni soit par du tissu cellulaire d'une ténuité extrême, ou plutôt par la terminaison des ramilles bronchiques qui semblent y aboutir. Cette membrane est jointe à celles qui recouvrent les lobules circonvoisins, ou bien à la plèvre, au moyen d'un tissu lamineux, dont les lames, placées sur des plans tantôt opposés et tantôt parallèles ou obliques, forment avec les membranes sur lesquelles elles se fixent des cellules qui communiquent toutes ensemble. Celles-ci n'étant bien visibles que dans les cas d'emphysème des poumons, examinons les

variétés que cette maladie présente. L'air, après avoir vaincu la résistance que lui opposait l'extrémité d'une ou de plusieurs ramilles bronchiques, s'infiltre dans le tissu cellulaire, et forme au-dessous de la plèvre un plus ou moins grand nombre de petites tumeurs vésiculaires, qui le plus souvent changent assez facilement de place, l'air passant d'une cellule dans l'autre. Si l'air se fait une issue entre les lobules, il distend une ou plusieurs cellules interlobulaires, et se forme là une petite excavation capable de loger la tête d'une épingle, ou même une petite noisette. Je pense que ce sont ces cellules dilatées, et se trouvant à la superficie des poumons entre deux lobules, que les pathologistes modernes ont prises pour la dilatation des vésicules bronchiques; ce qui est fort inexact, puisque celles-ci n'existent pas. Dans les poumons fortement emphysémateux et desséchés, la plupart des cellules interlobulaires et sous-pleurétiques, étant distendues, forment un grand nombre de petites cavités successives qui paraissent quelquefois se terminer brusquement avec ou sans dilatation. Dans les espaces triangulaires formés par la rencontre de trois lobules, ou par deux de ceux-ci et par la plèvre, ces cellules successives, et communiquant toutes ensemble, représentent des espèces de canaux rétrécis de distance en distance et comme cloisonnés, qui suivent toutes les directions imaginables, soit à la superficie des poumons, soit dans leur intérieur, et qui communiquent souvent avec les cellules précédentes, dilatées par un orifice plus ou moins rétréci. Ces canaux ont beaucoup de ressemblance avec les conduits aérifères, et ce sont probablement ces cellules que l'on a prises pour les vésicules bronchiques distendues. Mais il est facile d'éviter l'erreur, si l'on fait attention que les vrais conduits aérifères ne sont pas ainsi rétrécis d'espace en espace, ni cloisonnés par des lames celluleuses; que leurs parois sont plus épaisses à diamètre égal, et qu'ils n'existent point à la superficie des poumons, où les autres sont ordinairement le plus marqués. Avant de décrire l'organisation de ces lobules, jetons un coup-d'œil sur les vaisseaux sanguins pulmonaires, et sur les conduits aérifères, dont ils ne sont que la terminaison.

De l'artère pulmonaire.

Cette artère, destinée à porter dans les poumons le sang qui doit être soumis à l'acte de la respiration, naît de la partie supérieure et gauche du ventricule droit du cœur, se porte obliquement en haut et à gauche en croisant le trajet de l'aorte. Après avoir parcouru un espace de deux pouces, elle se divise en deux troncs qui se dirigent vers le poumon correspondant où ils vont se ramifier. Le droit, plus volumineux, se divise d'abord en trois grosses branches, une pour chaque lobe du poumon droit, et le gauche seulement en deux pour correspondre à la division bilobaire de ce poumon.

Veines pulmonaires.

Au nombre de quatre, deux à droite et deux à gauche, ces veines partent de l'oreillette gauche du cœur, se dirigent vers le poumon du côté correspondant, où elles vont se diviser à l'infini, et servent à rapporter au cœur le sang modifié par l'action pulmonaire.

Lorsque les vaisseaux artériels et veineux sont parvenus dans les poumons, ils sont séparés les uns des autres par les bronches, auxquelles ils sont unis par du tissu cellulaire, et dont ils suivent toutes les divisions dans une situation telle, que la bronche soit dans le milieu, les vaisseaux artériels d'un côté, et les veineux de l'autre. Ainsi, en nous bornant à la description des divisions bronchiques, les vasculaires seront en même temps connues.

Des conduits aérifères.

Les conduits qui servent à l'introdution de l'air dans les poumons se composent des fosses nasales et de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée-artère et des bronches. Ces derniers doivent seuls nous occuper ici.

La trachée-artère est un tuyau cylindroïde, un peu aplati en arrière, fibro-cartilagineux et membraneux, placé au-devant de la colonne vertébrale, dont il est séparé par l'œsophage, depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à la deuxième ou troisième vertèbre dorsale, et situé sur la ligne médiane du corps. La trachée-artère est symétrique et régulière dans toute son étendue, et se bifurque à son extrémité inférieure pour donner naissance aux bronches, distinguées en *droite* et en *gauche*, se dirigeant vers les poumons, et accompagnées par les vaisseaux pulmonaires correspondans.

Aussitôt que les bronches sont parvenues à la face interne des poumons, elles se divisent en plusieurs gros troncs qui pénètrent séparément dans chaque lobe du poumon. Ces troncs parcourent les lobes dans toutes les directions, en formant un grand nombre de bifurcations successives dont les branches, de plus en plus petites, se portant tantôt en avant, tantôt en arrière et sur les côtés, s'écartent à peu près autant l'une que l'autre de la direction qu'affectait la branche qui les fournit, et forment ainsi en s'éloignant un angle de moins de quatre-vingt-dix degrés. Toutes ces divisions, unies par du tissu cellulaire aux divisions correspondantes des vaisseaux sanguins, traversent la plupart des espaces interlobulaires, et fournissent de petits rameaux d'autant plus nombreux que la branche est plus déliée, destinés chacun pour un lobule pulmonaire; ou si la branche qui lui donne naissance est un peu volumineuse, il se divise deux ou trois fois, et fournit à deux ou trois lobules.

Organisation des lobules pulmonaires.

Les auteurs ne s'accordant pas sur la manière dont chaque rameau lobulaire bronchique se comporte dans l'intérieur du lobule, sur sa terminaison et sur l'organisation des lobules, j'ai fait sur des poumons d'hommes et d'animaux plusieurs recherches dont je vais décrire le résultat. Je dois dire avant tout que la dessiccation des poumons fortement insufflés, que l'on coupe par lames très-minces avec

un bistouri bien tranchant, est ce qui m'a le mieux réussi pour faire ces recherches. Je sais que les opinions que je vais émettre ici ne s'accordent pas avec celles d'un grand nombre d'anatomistes anciens et modernes ; je les crois pourtant de la plus grande exactitude.

Chaque lobule pulmonaire n'est autre chose qu'un lacis, un entrecroisement inextricable de ramifications bronchiques et vasculaires, qui toujours paraissent s'accompagner dans leur division, et conserver entre elles un rapport tel, que le rameau bronchique, qui, dans son état de dilatation, paraît constituer la plus grande partie du lobule, soit dans le milieu, l'artère d'un côté, et la veine de l'autre. Nous nous contenterons donc encore de décrire ici les divisions bronchiques, les vasculaires devant être en même temps connues, puisqu'elles sont les mêmes.

Tous les lobules pulmonaires reçoivent chacun un rameau bronchique aussitôt que celui-ci est entré dans le lobule auquel il appartient, il se divise en deux branches à peu près égales, qui s'écartent l'une de l'autre en formant un angle de quatre-vingts à quatre-vingt-dix degrés, et suivent à peu près chacune une direction moyenne entre celle du tronc principal. Ces deux branches fournissent quatre ramifications ; celles-ci donnent naissance à huit ramuscules, ceux-ci à seize ramilles, et ainsi de suite un grand nombre de fois. Toutes ces divisions se font toujours à peu près de la même manière, forment le même angle, suivent la même direction relative à celle de la branche qui les fournit, et paraissent d'autant plus fréquentes, que la ramification est plus ténue ; de manière qu'à leur terminaison elles ne constituent bientôt plus que des cellules d'un diamètre extrêmement petit. Elles se font à peu près alternativement en avant, en arrière et sur les côtés, ou plutôt sur tous les points de la circonférence de leur canal. Ces ramilles, devenues d'une ténuité capillaire, même dans leur état de plus grande dilatation, se terminent à la superficie du lobule sur la membrane celluleuse qui le recouvre. Après plusieurs divisions, tous ces conduits petits et gros s'entrecroisent, se

mêlent, s'entrelacent, et forment un lacis inextricable de canaux affectant toutes les directions possibles, de manière à en laisser voir de perpendiculaires, de parallèles et d'obliques à toutes les coupes que l'on peut faire sur un lobule sec et insufflé. Les cloisons qui séparent ces conduits les uns des autres sont excessivement minces et demi-transparentes.

A leur terminaison (qui m'a toujours paru se faire à la superficie du lobule, sur la face interne de la membrane qui l'enveloppe, ce que j'ai pu vérifier un grand nombre de fois en enlevant la membrane lobulaire, et même au travers d'elles, sans que j'aie jamais pu apercevoir une terminaison dans l'intérieur d'un lobule, ou un abouchement avec un autre rameau gros ou petit), les bronches ne forment point de renflement, de dilatation vésiculaire, comme l'ont prétendu et comme le veulent encore un grand nombre d'anatomistes très-célèbres. Ceux-ci et les pathologistes me paraissent avoir été induits en erreur par les variétés de l'emphysème indiquées, et par l'aspect vésiculaire d'un poumon nouvellement insufflé. Cet aspect me paraît dû au liquide écumeux, toujours contenu en plus ou moins grande quantité dans les canaux bronchiques, puisqu'il disparaît, au moins en grande partie, par la dessiccation.

Les conduits aérifères, composés d'une membrane fibreuse à l'extérieur, de cerceaux fibro-cartilagineux, incomplets, qui n'existent que dans la trachée-artère et les principales divisions des bronches, et d'une membrane muqueuse qui en tapisse tout l'intérieur, ont à leur origine des parois épaisses et résistantes qui diminuent graduellement d'épaisseur dans les divisions subséquentes et d'une manière assez sensible. Les divisions bronchiques lobulaires, minces, très-élastiques et demi-transparentes, acquièrent encore un nouveau degré d'amincissement, de mollesse et de diaphanéité dans leurs ramifications. Malgré cette mollesse et cette délicatesse si remarquables, le tissu lobulaire jouit cependant d'une élasticité telle, que, si l'on fait une petite ouverture à la surface d'un lobule, celui-ci revient sur lui-même, et chasse en grande partie l'air contenu dans

son intérieur. Leur surface intérieure est criblée par les orifices excréteurs des follicules mucipares qui y versent continuellement les mucosités propres à la lubrifier.

Outre les parties que nous avons indiquées, il entre encore dans la composition des poumons un grand nombre de vaisseaux lymphatiques, des glandes du même nom, des vaisseaux bronchiques, et des nerfs fournis par le grand sympathique et par le pneumo-gastrique, qui unissent d'une manière très-intime les poumons au cerveau. Il n'entre point dans notre objet de les décrire.

Il nous suffit de connaître la quantité innombrable de vaisseaux sanguins qui entrent dans la composition des poumons; leur texture molle, délicate et éminemment formée de canaux ; et leur union intime au moyen du conduit aérien et de l'artère pulmonaire, lesquels n'ont chacun à leur origine qu'un tronc commun aux deux poumons. Ce tronc peut permettre la transmission d'une plus grande quantité du fluide qu'il contient naturellement à l'un de ces organes, si la perméabilité de l'autre est empêchée par une cause quelconque. Il en est de même pour les rameaux bronchiques et artériels lobulaires fournis par des branches qui communiquent toutes entre elles; l'obstruction de l'un d'eux, ou l'imperméabilité d'un ou de plusieurs lobules peut être suppléée par une plus grande dilatation des autres.

Aperçu sur les fonctions des poumons et sur leurs sympathies.

Le sang rapporté de toutes les parties du corps par les veines, et mêlé avec la lymphe et le chyle, pénètre dans les cavités droites du cœur, d'où il est transmis aux poumons par l'artère pulmonaire, dont il parcourt toutes les ramifications. Il est repris par les capillaires veineux, et rapporté aux cavités gauches du cœur par les veines pulmonaires. Pendant son trajet dans les capillaires artériels et veineux, le sang, presqu'en contact immédiat avec l'air contenu dans les bronches, éprouve des modifications très-importantes à la vie.

L'air est introduit dans les poumons par les efforts inspirateurs. Il parcourt toutes les divisions bronchiques, éprouve dans sa composition des changemens très-remarquables par l'action pulmonaire, et dissout les liquides contenus dans ces canaux ; ce qui paraît constituer la transpiration pulmonaire, dont la quantité varie suivant plusieurs circonstances. Il est chassé au dehors par l'expiration.

L'usage habituel d'un air pur, sec et d'une température moyenne, paraît être le plus convenable à l'exercice de la respiration. Cet air stimule convenablement les poumons, facilite l'exhalation bronchique, la dissout facilement, débarrasse le sang de la trop grande quantité de sérosité qu'il contient, et lui fait éprouver toutes les modifications nécessaires pour réparer les pertes, et exciter convenablement les organes.

Lorsqu'on respire habituellement un air humide, il ne peut se charger de toute l'exhalation bronchique : il laisse une trop grande quantité de sérosité dans le sang, et ne lui fait pas éprouver tous les changemens convenables. Il en résulte une décoloration, une bouffissure générale, et une prédisposition aux hydropisies, qui se manifestent bientôt pour peu qu'une maladie gêne la circulation.

L'usage subit et non habituel d'un air pur, sec, froid ou chaud, peut exciter trop fortement la membrane muqueuse bronchique, et l'enflammer.

L'introduction subite dans les voies respiratoires d'un air froid et humide, surtout lorsque la circulation est accélérée, produit souvent une irritation indirecte de la membrane muqueuse bronchique, irritation qui peut être suivie d'une violente phlegmasie.

L'air, qui tient en suspension des corpuscules pulvérulens, introduit dans les divisions bronchiques dépose sur leurs parois humides ces petits corps qui les engouent et les excitent plus ou moins, suivant leurs propriétés.

Un air chargé de miasmes végétaux ou animaux, ou de gaz irri-

tans, pénètre-t-il dans les conduits aérifères, il nuit à la sanguification, et enflamme souvent les poumons.

Les poumons sains ou malades sont étroitement liés à l'encéphale au moyen du système nerveux et de l'appareil circulatoire, et leur influence est réciproque. Pour s'en convaincre, il suffit de faire attention aux troubles que les passions, l'apoplexie et plusieurs autres maladies cérébrales causent dans la respiration, et de connaître l'impossibilité où l'on est de suspendre long-temps la respiration, l'anxiété qu'éprouvent les personnes affectées de pneumonie suffocante, l'altération des facultés intellectuelles qui suit la section des nerfs pneumogastriques, et la mort causée par l'altération du tissu pulmonaire ou par le défaut d'air.

Les organes de la sanguification sont unis de la manière la plus intime avec ceux de la circulation, de manière que toute augmentation ou diminution dans le cours du sang produit un changement semblable et proportionné dans l'action des poumons : la réciprocité a aussi lieu.

L'appareil circulatoire sanguin et lymphatique est probablement le lien principal qui unit tous les organes de l'économie aux viscères qui nous occupent; de telle sorte, que leur action, augmentée ou diminuée, produit dans celle des poumons des changemens remarquables.

1.° C'est évidemment en accélérant la circulation que les grands exercices musculaires donnent un nouveau degré d'activité à la respiration, et causent souvent l'inflammation pulmonaire.

2.° N'est-ce point en accélérant le cours du sang, et peut-être en introduisant dans les voies circulatoires quelque principe irritant, que les organes fortement enflammés causent des troubles dans l'action des poumons, et souvent la phlegmasie de son tissu ou de sa membrane muqueuse? Exemples, la gastro-entérite, les grandes plaies fortement enflammées, les phlegmons érysipélateux, les grands foyers de suppuration dénaturés par l'air.

3.° N'est-ce point en laissant dans l'appareil circulatoire des principes qu'ils avaient habitude de rejeter au-dehors que les organes

génitaux de la femme, les reins et la peau, etc., en cessant leur action, produisent dans celle des poumons des changemens très-variables pour suppléer à la fonction supprimée, et les enflamment.

Les poumons, la peau et les reins présentent des alternatives d'action et de demi-repos qu'il me paraît très-important de connaître pour le traitement de la pneumonie.

En général, l'action de la chaleur sur la peau et l'accélération du cours du sang augmentent la transpiration cutanée.

L'exhalation pulmonaire est plus facile dans une atmosphère sèche, et paraît plus active lorsque la circulation est accélérée. Elle est moins active dans les circonstances opposées.

Les urines sont plus abondantes lorsque la circulation est ralentie, et elles diminuent dans le cas contraire.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces causes augmentent l'action de l'un ou de deux de ces organes, celle de l'autre ou des deux autres est moindre.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces causes, ou quelques maladies, diminuent l'action de l'un de ces organes, souvent les autres redoublent d'activité pour suppléer à la fonction supprimée.

Ces alternatives ont souvent lieu dans un espace de temps très-court, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois depuis plus d'un an que j'observe journellement mes urines, soit comparativement à ma boisson, soit sous plusieurs autres points de vue.

Causes.

Les causes nombreuses qui prédisposent les poumons à l'inflammation, soit en augmentant leur irritabilité, soit en accélérant la circulation, et par conséquent en exigeant des poumons un surcroît d'action; ou bien celles qui déterminent leur phlegmasie, en portant leur irritabilité au-delà du type naturel, et en produisant dans l'intérieur de ces viscères un afflux de sang considérable, agissent directement sur la partie qui doit être le siége du mal (causes idiopathi-

ques), ou sympathiquement, c'est-à-dire en produisant dans un autre organe un changement d'action capable d'exciter les poumons (causes sympathiques) : car tout le monde sait que tout changement dans l'action d'un organe qui peut augmenter subitement celle d'un autre le prédispose à l'inflammation, s'il se borne à l'augmentation de ses phénomènes naturels ; mais, si une autre cause s'y joint, ou s'il agit plus fortement que d'habitude, il peut en résulter une phlegmasie. C'est, en effet, ce qui arrive souvent pour les organes qui nous occupent. Nous préférons cette division des causes en *idiopathiques* et en *sympathiques*, parce qu'elle est plus exacte, et que le médecin se rend mieux compte de leur manière d'agir. Je sais bien que la nature ne se prête pas à nos divisions, et que souvent ces deux ordres de causes agissent successivement ou simultanément pour produire la maladie qui fait le sujet de cette thèse; mais il en est de même pour toutes les autres divisions; et dans celle-ci le médecin physiologiste peut apprécier, jusqu'à un certain point, la part que chacune y prend.

Causes idiopathiques.

Parmi ces causes, 1.° les unes agissent d'une manière tout-à-fait physique de l'extérieur à l'intérieur ; et leur action se passe d'abord sur les parois thoraciques avant d'attaquer les poumons ou seulement la plèvre, dont l'inflammation, comme on le sait, se propage presque toujours aux poumons : de ce nombre sont, les coups, les chutes, les percussions violentes de la poitrine, les fractures de côtes, les plaies pénétrantes, soit qu'elles laissent le poumon intact ou qu'elles l'intéressent, soit qu'elles soient simples ou compliquées de corps étrangers, tels que balles, esquilles d'os, morceaux de linge, la pointe d'une épée, une lame de couteau, etc. Ces causes peuvent aussi empêcher la dilatation des poumons, et gêner leurs fonctions, comme la mauvaise conformation du thorax, la profession de tailleur et de cordonnier, les corsets trop serrés, etc.

2.° Les autres, s'introduisant dans les conduits aérifères, excitent la membrane muqueuse des principales divisions bronchiques seulement, et déterminent un catarrhe, qui peut ensuite dégénérer en pneumonie ; ou portent leur action irritante jusque dans les dernières ramifications bronchiques lobulaires, et produisent tout d'abord la pneumonie. On compte parmi celles-ci, l'inspiration d'un air froid, surtout quand la circulation est accélérée ; l'introduction dans les voies aériennes des gaz irritans chlorique, nitreux, ammoniaque, acide sulfureux ; des gaz qui se dégagent des fosses d'aisance, des miasmes végétaux ou animaux ; l'exhalation d'un air chargé de poussières végétales, animales ou inorganiques, auxquelles sont exposés les plâtriers, les tailleurs de pierre, les charbonniers, les meûniers, les manufacturiers de draps, d'étoffes de coton ; les personnes qui rebattent les matelas, celles qui pulvérisent la crème de tartre, l'aloës, les cantharides, etc. ; celles enfin qui font leur occupation de cultiver la terre, et qui, au milieu de plusieurs travaux plus ou moins pénibles, sont soumises à plusieurs de ces émanations.

3.° Les autres enfin, qui produisent ordinairement leur effet d'une manière lente, fatiguent les poumons en faisant éprouver à la sortie de l'air hors de ces viscères plusieurs modifications ; telles sont, les chants souvent répétés, comme chez les chanteurs de profession ; l'exercice trop prolongé de la parole, les cris, la toux fréquente, les ris immodérés, les sanglots, l'éternuement, l'action de jouer des instrumens à vent.

Causes sympathiques.

C'est, sans contredit, à ces causes que sont dues la plupart des phlegmasies pulmonaires. Elles agissent, les unes sur le centre des perceptions, qu'elles excitent plus ou moins, et cette excitation est transmise à l'appareil respiratoire et en même temps à l'appareil cir-

culatoire, dont elles augmentent l'activité, telles que la colère, la terreur, les chagrins ; les autres, en précipitant le cours du sang, déterminent un surcroît d'action proportionné dans les organes respiratoires, comme la course, les marches forcées, la danse, la chasse, l'escrime, les travaux pénibles, les grandes inflammations, et l'hypertrophie du cœur. Celles-ci introduisent dans les voies circulatoires des principes irritans qui vont exciter les poumons; tels sont les alimens excitans, trop épicés : l'abus des liqueurs fortes, surtout quand on n'y est pas habitué; le café, le vin généreux ou de mauvaise qualité, le cidre et toutes les liqueurs spiritueuses, probablement la gastro-entérite aiguë, et peut-être même les grands phlegmons érysipélateux, la variole, la rougeole, les grands foyers de pus dénaturés par l'air, etc. Celles-là, en supprimant d'une manière subite la transpiration cutanée, une hémorrhagie nasale, hémorrhoïdale, utérine, ou autre ; un séton, un vieil ulcère, quelques dartres, la teigne, ou tout autre exutoire habituel, exigent de la part des poumons un surcroît d'activité pour suppléer à l'évacuation supprimée, ou occasionnent une pléthore sanguine, et par conséquent le passage d'une plus grande quantité de sang à travers les poumons, quantité qui peut être trop considérable, et prédisposer aux congestions, ou accroître trop l'action de ces organes, et les exposer à l'inflammation.

Symptômes.

Les symptômes sont locaux ou sympathiques. La pneumonie peut succéder à un catarrhe pulmonaire, à une pleurésie, à une inflammation gastro-intestinale, ou à une autre maladie. Elle est alors précédée par les symptômes qui appartiennent à l'affection antécédente. Dans d'autres circonstances, elle débute subitement par un frisson plus ou moins vif, qui est bientôt remplacé par une chaleur assez intense. Ce sentiment de froid qu'éprouve le malade, commun à toutes les phlegmasies intenses, précède de bien peu la plupart des phénomènes suivans, qui forment le cortége de la maladie qui nous occupe.

Symptômes locaux.

Le malade ressent une douleur dans le côté de la poitrine affecté, et dans tous les deux, lorsqu'ils le sont simultanément. Elle est très-variable pour son intensité, suivant l'acuité de la maladie, et la sensibilité des personnes ; tantôt sourde et profonde, tantôt pongitive ; d'autres fois si légère, que les malades ne s'en plaignent même pas. Cette douleur correspond ordinairement à la partie du poumon malade ; elle peut cependant se fixer sur un autre endroit de la poitrine, dans les épaules ou dans les hypochondres. Son siége le plus fréquent est au-dessous du sein. N'augmentant que très-peu, et le plus souvent point du tout, par une assez forte pression, elle s'accroît par la toux, l'inspiration large, l'éternuement, la parole, et quelquefois par les mouvemens. Presque toujours continue, elle peut s'exaspérer, cesser complètement, et reparaître après une intermission plus ou moins longue. On éprouve en même temps un sentiment de pesanteur et de plénitude dans la poitrine, une constriction particulière derrière le sternum, et une anxiété extrême, phénomènes qui paraissent proportionnés à la douleur et à l'intensité de la maladie.

La respiration est d'autant plus embarrassée que la portion du poumon imperméable à l'air est plus considérable, que la congestion a été plus prompte et que le système sanguin est plus gorgé de sang. Elle est ordinairement petite, fréquente et parfois entrecoupée. Les parois thoraciques touchant la portion pulmonaire malade restent immobiles, ou se dilatent moins que dans l'état naturel, soit pour éviter la douleur, soit parce que le poumon, n'étant plus dilatable, ne peut plus livrer accès à l'air.

La toux, d'abord sèche, ou accompagnée d'une expectoration muqueuse, blanchâtre, est suivie, vers le deuxième ou le troisième jour, de crachats spumeux, sanguinolens, visqueux, si tenaces et si adhérens aux parois du vase qui les renferme, qu'on peut quelquefois le renverser sans qu'ils l'abandonnent. Le sang qu'ils contiennent est

tantôt intimement mêlé, tantôt sous forme de stries, parfois en si grande quantité, qu'il paraît presque pur; d'autres fois en si petite, qu'il ne leur donne qu'un aspect rouillé.

Le cylindre de M. le professeur *Laennec*, si utile pour reconnaître les maladies de poitrine, fournit ici des données assez certaines pour distinguer la maladie, apprécier son siége, son étendue et son degré. Si l'on explore la poitrine avec cet instrument, on entend le râle crépitant dans le premier degré de la maladie, c'est-à-dire lorsque l'air pénètre encore dans les ramifications lobulaires bronchiques, abreuvées d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Dans le second degré, c'est-à-dire vers la fin de la période inflammatoire, lorsque le poumon est hépatisé, il y a absence complète du bruit respiratoire, ou il existe encore un très-léger râle crépitant. Dans le troisième degré de M. le professeur *Laennec*, c'est-à-dire lorsque l'inflammation est parvenue à la période de suppuration, si le pus est infiltré dans le tissu pulmonaire, le bruit de la respiration est nul; si, au contraire, il s'est formé de petits foyers qui se sont en partie vidés dans les bronches, on entend le râle caverneux et la pectoriloquie, quelquefois un peu de râle muqueux. La phlegmasie étant souvent à des degrés différens dans le même poumon, il existe quelquefois en même temps du râle crépitant, absence de la respiration, pectoriloquie et râle caverneux dans divers endroits de la poitrine.

La percussion du thorax produit un son plus ou moins mat, suivant que le poumon ou la partie du poumon correspondante à l'endroit percuté est presque ou tout-à-fait imperméable à l'air, et ce dans une étendue qui varie comme celle de l'affection. D'abord moins clair que du côté opposé, le son devient de jour en jour plus obscur à mesure que la maladie fait des progrès, et il éprouve des variétés analogues à celles que présente la phlegmasie dans sa violence, son étendue et sa marche. Il fournit un signe assez certain lorsqu'on a égard aux différences naturelles de son que donne la poitrine percutée dans ses diverses régions.

Le décubitus a lieu ordinairement sur le côté lésé, d'autres fois sur le dos, quelquefois sur le côté sain. Si les deux poumons sont affectés simultanément, le coucher en supination est préféré par le malade. Si la maladie est très-violente et très-étendue, la gêne de la respiration force le malade à prendre une position verticale ou presque verticale. Dans ce cas, il demande à avoir la tête élevée, ou bien il est obligé de rester assis sur son lit, employant toutes ses forces musculaires pour dilater la poitrine.

Symptômes sympathiques.

Les poumons étant intimement unis à tous les autres organes de l'économie par des liens qui entretiennent entr'eux une correspondance réciproque, ces premiers ne peuvent être lésés dans leur action sans que tous les autres s'en ressentent plus ou moins, et n'éprouvent des changemens dans leur manière d'agir. Ce sont ces phénomènes nouveaux, perceptibles à nos sens, qui constituent les symptômes qui font le sujet de cet article. Voici les principaux.

Le pouls est le plus souvent large, plein, mou et fréquent, parfois petit, concentré et intermittent. Le sang que l'on retire par le moyen de la lancette est riche en coagulum, et couvert d'une couenne plus ou moins épaisse, d'un blanc jaunâtre et d'une consistance variable.

La pommette correspondant au côté malade est d'un rouge plus ou moins foncé ; la peau, généralement rosée, est chaude, moite, ou même couverte de sueur; d'autres fois elle est sèche et d'une chaleur âcre, mordicante, surtout dans les complications gastriques.

Les yeux sont parfois rouges et larmoyans.

Les fonctions digestives, quelquefois intactes, sont souvent troublées, soit sympathiquement, soit que les organes qui en sont chargés participent à l'inflammation, et forment une complication, comme nous le verrons plus bas.

Les urines sont rares, rouges, et déposent souvent un sédiment briqueté.

Les facultés intellectuelles sont rarement troublées, si ce n'est vers la fin de la vie, lorsqu'une issue funeste est sur le point de terminer la maladie.

Le sommeil est agité par des rêves, et souvent interrompu par la douleur, la toux, et par la difficulté de respirer. Fréquemment même les malades, condamnés à une insomnie continuelle, ne peuvent jouir de ses douceurs.

Marche.

La pneumonie présente depuis son début jusqu'à sa terminaison des variétés importantes à connaître ; elle peut attaquer des poumons tout-à-fait sains ou déjà malades. La phlegmasie affecte-t elle un poumon antérieurement sain, si la cause qui la détermine est peu excitante, si la personne est d'un tempérament lymphatique, peu irritable, affaiblie par des travaux pénibles ou quelque maladie antécédente, si son appareil circulatoire est peu actif, la congestion qui suit immédiatement l'irritation se fait d'une manière lente, graduée, et est peu considérable. Le passage de l'état sain à l'état maladif n'est pas très-sensible. Alors les phénomènes locaux qui l'annoncent sont d'abord peu marqués, et la plupart des phénomènes sympathiques n'existent pas. L'inflammation met plusieurs jours à acquérir une grande intensité. Ayant ainsi parcouru lentement la période de congestion, elle peut parcourir celle d'hépatisation et de suppuration avec autant de lenteur, et conduire peu à peu le malade au tombeau, soit après avoir envahi une grande partie des poumons, et les avoir rendus par la désorganisation imperméables à l'air, soit après avoir produit la suppuration de leur tissu. La mort est annoncée par la gêne de la respiration, qui va toujours croissant comme la maladie, par le râle trachéal, par une hydropisie ou par des sueurs abondantes, une diarrhée colliquative et le marasme. Au lieu de ter-

miner ainsi lentement son cours, la maladie, parvenue à un certain degré, s'exaspère quelquefois d'une manière très-remarquable, produit des troubles dans toutes les fonctions, et devient très-promptement funeste.

La phlegmasie envahit-elle une grande partie des poumons auparavant intacts, si, au contraire, le sujet est fort, d'un tempérament sanguin, pléthorique, très-irritable, adonné à la bonne chère; s'il a une hypertrophie du cœur, si plusieurs causes se sont réunies pour exciter fortement le poumon, le sang afflue de toutes parts dans la partie irritée, la congestion est des plus fortes, elle s'étend aux parties environnantes, le passage de l'état sain à l'état maladif est très-marqué; la partie affectée devient en très-peu de temps presque imperméable à l'air; la respiration est très-difficile; les crachats prennent très-promptement le caractère péripneumonique; ils sont quelquefois presque tout-à-fait sanguinolens; la douleur de côté est très-vive; il y a une anxiété extrême, un sentiment de plénitude et de constriction très-pénible; la percussion et le cylindre ne laissent aucun doute sur l'étendue et la marche rapide de l'affection. Les phénomènes généraux sont aussi très-marqués; il s'y joint souvent des symptômes gastriques, et quelquefois des symptômes cérébraux. L'affection fait des progrès prompts; elle envahit de jour en jour des portions de poumon saines, et passe rapidement d'une période à l'autre. La mort a fréquemment lieu dès la première période; le malade se trouve suffoqué par la congestion qui empêche la respiration.

Quelquefois la phlegmasie, après avoir duré pendant quelques jours à cet état très-aigu, perd peu à peu son intensité, et continue ensuite sa marche d'une manière plus lente, ou même devient tout-à-fait chronique.

Entre ces deux états de la maladie, il y a une infinité de nuances et de variétés qu'il est impossible de décrire : l'observation faite au lit des malades peut seule en donner une idée.

Rien n'est plus commun que de voir la pneumonie succéder à la pleurésie et au catarrhe pulmonaire. Ce passage peut avoir lieu de

deux manières, soit par les progrès seuls de l'inflammation, soit parce qu'une nouvelle cause excitante a fortement irrité les poumons. Dans le premier cas, la pleurésie envahit les lobules de la superficie des poumons et ensuite les autres, avec d'autant plus de rapidité qu'elle est plus aiguë. Dans le second, la maladie peut affecter subitement toute une partie du poumon en même temps. Lorsqu'un catarrhe pulmonaire aigu ou chronique passe tout à coup à la pneumonie par une cause quelconque, l'inflammation attaque presqu'en même temps une portion plus ou moins étendue des poumons, et elle est facilement reconnue par les symptômes qui lui sont propres. Mais si le catarrhe est étendu dans toutes les principales divisions des bronches et que l'inflammation fasse encore des progrès, elle se prolonge dans quelques ramifications lobulaires qu'elle affecte dans toute leur étendue et dans toute leur légère épaisseur, et y produit une pneumonie partielle quelquefois bornée à deux ou trois lobules unis ou séparés ; d'autres fois elle en attaque un plus grand nombre, qui sont tantôt réunis en groupe, tantôt à la file les uns des autres et recevant tous leurs rameaux d'une même branche plus enflammée. Ce passage du catarrhe à la fluxion de poitrine ou ces petites pneumonies partielles au premier, au deuxième et quelquefois même au troisième degré, s'observent assez souvent chez les sujets affectés de catarrhe aigu ou chronique. Lorsque la phlegmasie pulmonaire succède ainsi lentement au catarrhe, souvent elle a déjà produit une assez grande désorganisation, sans qu'elle ait été soupçonnée ni par le malade ni par le médecin.

La pleurésie ou le catarrhe pulmonaire ayant donné lieu à la pneumonie, soit que le passage ait été prompt, soit qu'il ait été lent, si la phlegmasie devient aiguë, sa marche est ordinairement très-rapide, et elle devient d'autant plus funeste qu'elle produit une plus grande désorganisation dans les poumons avant de passer à cet état, et que le catarrhe et la pleurésie ajoutent davantage à sa gravité.

Terminaisons.

La pneumonie aiguë peut se terminer, 1.° par résolution, 2.° par suppuration, 3.° par le passage à l'état chronique, 4.° par la gangrène. La terminaison par *résolution* est la plus avantageuse, celle par conséquent que le médecin doit le plus chercher à obtenir. La vraie résolution, celle qui consiste dans l'avortement de l'inflammation avant qu'elle ait parcouru toutes ses périodes, avant qu'il se soit formé du pus, survient ordinairement lorsque la phlegmasie n'est pas trop intense, et qu'elle est attaquée de bonne heure par les moyens convenables. Elle arrive ordinairement du troisième au quatorzième jour; ce qui varie, au reste, beaucoup suivant la marche plus ou moins rapide de la maladie. Elle est annoncée par la diminution graduelle de tous les symptômes pneumoniques. La toux devient plus rare, les crachats sortent plus facilement, et perdent peu à peu leur viscosité. Ils sont de moins en moins spumeux, et cessent d'être sanguinolens ou rouillés. Ils prennent peu à peu les caractères de mucosités filantes, presque transparentes, recouvertes seulement de quelques bulles d'air, et diminuent chaque jour de quantité, pour disparaître entièrement. La fièvre et les autres symptômes diminuent à mesure que les crachats deviennent meilleurs. Le son naturel revient peu à peu, et le cylindre fait entendre de jour en jour la respiration dans une plus grande étendue, en commençant par la partie supérieure. La douleur, d'abord moindre, ne se fait bientôt plus sentir que dans la toux, puis elle disparaît tout-à-fait. La respiration, d'abord plus facile, est bientôt naturelle et l'anxiété nulle. Enfin le malade n'éprouve plus aucun symptôme lorsque la résolution se fait d'une manière rapide, et que la fièvre diminue promptement, d'autres organes, dont l'action avait été en partie ou en totalité suspendue par l'irritation pulmonaire, reprennent subitement leurs fonctions. C'est alors que l'on voit paraître ces urines sédimenteuses, les menstrues, des hémorrhagies nasales, hémorrhoïdales, etc.: ces crises, que quelques médecins

regardent comme la cause de la résolution, et qui n'en sont le plus souvent que le résultat.

La *suppuration* est une terminaison assez commune. Le plus souvent le pus reste infiltré dans le tissu pulmonaire; d'autres fois il forme de petits foyers ayant depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un gros œuf d'oie, et même davantage. Il forme rarement ces grandes collections purulentes auxquelles on a donné le nom de *vomique*. Cette terminaison est loin d'être toujours mortelle.

Le pus infiltré peut être en partie rejeté par les bronches, et en partie résorbé; il en est de même pour les petits foyers. Alors le tissu pulmonaire, plus dur, plus compacte, moins expansible, et très-facile à déchirer, peu ou point perméable à l'air, reprend lentement ses propriétés naturelles, et offre quelquefois des espèces de cicatrices correspondant aux petits foyers guéris. Les symptômes qui annoncent la résorption du pus, toujours désirable lorsque la maladie est parvenue à ce dégré, sont à peu près les mêmes que ceux de la résolution. L'expectoration, d'abord purulente, ou ressemblant aux crachats du catarrhe parvenu au troisième dégré, devient moins abondante et tout-à-fait muqueuse; la toux est de plus en plus rare, la douleur disparaît assez promptement, la fièvre, qui n'existe plus que le soir et après le repas, cesse peu à peu; le stéthoscope fait entendre le râle muqueux, et ensuite le murmure de la respiration dans une étendue qui va toujours croissant. Le son reprend insensiblement ses caractères naturels. Cette terminaison est ordinairement lente, et les malades éprouvent souvent des rechutes pendaut la convalescence, ou ils sont atteints de catarrhe pulmonaire par la moindre cause.

Les grandes collections purulentes, heureusement très-rares, sont beaucoup plus dangereuses. Elles peuvent suffoquer par leur volume, ou par leur irruption subite dans les grosses bronches, s'épancher dans une des cavités thoraciques, se faire jour au-dehors au moyen des adhérences que le poumon a contractées avec la plèvre, se terminer graduellement par résorption ou par l'ouverture de leur foyer dans une ou plusieurs petites branches bronchiques qui

évacuent peu à peu le pus, et facilitent la cicatrisation des parois du foyer affaissées. Ces trois variétés de la suppuration pulmonaire peuvent produire une fièvre lente, conduire le malade au marasme, et ensuite à la mort, ou le faire périr dès leur commencement. La terminaison par suppuration est à craindre lorsque la pneumonie aiguë se prolonge au-delà de douze à quinze jours, et on la reconnaît aux symptômes suivans. La douleur diminue, la dyspnée persiste, il y a des frissons vagues et sans cause connue, le malade éprouve une petite fièvre avec des redoublemens le soir, il y a de la chaleur à la paume des mains, une soif vive après le repas ; la toux est opiniâtre, augmente par l'exercice et après avoir mangé ; le décubitus a lieu sur le côté affecté; le son est mat, l'on n'entend plus l'air pénétrer dans l'intérieur des poumons. Si une cavité purulente s'est vidée en partie ou en totalité dans les bronches, on entend alors la pectoriloquie et le râle caverneux; et enfin, si la suppuration offre une certaine étendue, la respiration devient de jour en jour plus difficile, le malade est essoufflé par le moindre exercice musculaire ; des sueurs nocturnes couvrent la face et la poitrine, le dépérissement et le marasme surviennent peu à peu, et conduisent le malade au tombeau.

Le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique peut avoir lieu à toutes les époques de la maladie. Pendant la période inflammatoire, la résolution étant empêchée par quelques causes irritantes hygiéniques ou autres, le poumon reste à l'état d'hépatisation, ou même cette induration fait encore des progrès. Pendant la période de suppuration, la résorption purulente ne pouvant s'effectuer en totalité, et le poumon reprendre son état naturel, soit parce que la désorganisation est trop considérable, soit parce qu'une ou plusieurs des causes précédentes entretiennent encore l'irritation, la partie affectée reste alors dure et résistante, d'un blanc jaunâtre, assez facile à déchirer, nullement crépitante, contenant du pus dans son intérieur en partie solidifié, et faisant corps avec elle ; susceptible de se ramollir par une macération prolongée, de perdre peu à peu par une légère pression et par le lavage le pus devenu plus liquide, et de rede-

venir par ce moyen molle, souple, mais toujours facile à déchirer. Dans ces deux cas, la douleur de côté est beaucoup diminuée, ou n'existe plus; la fièvre est légère, et ne se manifeste souvent que le soir et après le repas. La difficulté de respirer persiste, et se fait surtout ressentir pendant les exercices musculaires. Le bruit de la respiration et le son naturel ne reviennent pas, malgré la diminution des symptômes. Le stéthoscope fournit en outre les caractères propres au degré de la phlegmasie.

La terminaison par *gangrène* est rare, quoique j'en aie vu deux exemples bien marqués. Elle se manifeste par la cessation de la douleur, qui fait éprouver au malade un sentiment de bien-être peu durable. Bientôt après, la prostration des forces arrive; il survient une oppression très-grande; la toux est suivie de crachats d'un gris brunâtre, ou verts, d'une odeur gangréneuse; l'haleine du malade a la même odeur, et quelquefois à un degré si marqué, qu'il est impossible d'approcher du lit du malade sans en être infecté; le pouls est petit, fréquent, déprimé; il a souvent des sueurs générales abondantes, froides aux extrémités; la face est grippée et cadavéreuse; les yeux sont mornes, tristes, abbatus; le malade pousse souvent des cris plaintifs et faibles; et, sentant qu'une atteinte profonde est portée à sa vie, il annonce avec un air de conviction que sa dernière heure approche, et qu'aucun remède ne peut plus le sauver; ses forces s'épuisent de plus en plus, il perd ses facultés intellectuelles; ses yeux restent à demi-ouverts, et il expire insensiblement au bout de deux à quatre jours.

Outre les terminaisons que nous venons d'indiquer, la mort peut survenir à toutes les époques de la maladie, et l'arrêter dans sa marche. Elle arrive quelquefois dès les deux ou trois premiers jours; parfois pendant la période d'hépatisation, d'autres fois pendant celle de suppuration. Elle est à craindre lorsque la maladie est très-étendue, qu'elle affecte les deux poumons à la fois, qu'elle est très-intense, qu'elle est compliquée d'une autre maladie grave, et que le sujet est affaibli par une maladie antécédente. Elle s'annonce par la marche rapide de la

phlegmasie, par la disparition prompte du râle crépitant, et l'apparition du son mat dans une grande étendue, par l'intensité de la douleur. La difficulté de respirer est très-grande, la suffocation imminente, l'anxiété extrême, la face d'un rouge-brun ou livide; le pouls devient petit, fréquent, intermittent; des sueurs froides et abondantes se remarquent surtout le corps; le malade, tantôt assis, tantôt couché, est dans une agitation continuelle, il ne peut plus parler, il a des rêvasseries, du délire, ou bien il est plongé dans une stupeur profonde; le râle trachéal se fait entendre, et la mort arrive par asphyxie. Au reste, cette issue funeste présente plusieurs variétés, selon le degré de la maladie où elle arrive, et selon sa terminaison, comme nous venons de le voir.

Complications.

La plupart des maladies qui attaquent le corps humain peuvent compliquer la pneumonie; mais celles qui l'accompagnent le plus souvent sont, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire et les fièvres dites *essentielles* (gastro-entérite). Ces trois affections peuvent avoir l'initiative sur la pneumonie, ou débuter avec elle, ou bien lui être postérieures. Elles peuvent exister seule à seule avec la phlegmasie pulmonaire, ou plusieurs en même temps. Elles peuvent être plus ou moins étendues et intenses. Si l'inflammation du poumon et celle qui la complique débutent en même temps, leur marche est ordinairement la même. Lorsque la pneumonie ou l'une de ces phlegmasies donne naissance à l'autre, soit par les progrès de l'inflammation qui envahit de nouveaux tissus, soit par sympathie, la maladie consécutive est ordinairement en rapport, par sa marche aiguë ou chronique, avec celle qui la précédait. A la vérité, on voit tous les jours la pneumonie aiguë succéder à l'une de ces affections chroniques; mais alors elle me paraît due à une cause irritante quelconque, et souvent elle fait passer à l'état aigu la maladie chronique antécédente. Elle a la même influence sur la phthisie tuberculeuse.

La complication des phlegmasies pleurétique et pulmonaire est si

fréquente, que beaucoup d'auteurs anciens et plusieurs modernes ont considéré ces deux affections comme n'en faisant qu'une, et l'ont décrite sous le nom de *pleuro-pneumonie*. Il est maintenant bien prouvé qu'elles peuvent exister séparément, surtout dans leur début, et lorsqu'elles sont légères. On reconnaîtra cette complication à l'existence simultanée des symptômes pleurétiques et pneumoniques. (Voyez *diagnostic*.)

La membrane muqueuse bronchique, et même les bronches dans toute leur épaisseur (si l'on en excepte quelques gros troncs), m'ayant toujours paru enflammées dans la partie affectée de pneumonie, et souvent même en être le siége primitif, je ne regarde pas l'inflammation de la muqueuse dans cet endroit comme une complication; je ne considère comme telle que l'existence du catarrhe dans une partie du poumon autre que celle qui est envahie par la pneumonie. Cette complication, très-commune, est facile à reconnaître au moyen du cylindre, qui donne les signes de la pneumonie et du catarrhe dans des parties de poumon différentes. (Voy. *diagnostic*.)

La complication de la pneumonie avec les fièvres dites *essentielles*, *bilieuse*, *muqueuse*, *adynamique* ou *ataxique*, est si fréquente, qu'elle mérite fixer un moment notre attention. *Stoll*, et avant lui *Le Pecq de La Clôture*, en ont observé plusieurs épidémies, qu'ils ont décrites avec beaucoup de soin et de discernement. Tantôt, avec les symptômes pneumoniques, le malade a la bouche amère, de la soif, de l'anorexie; sa langue est rouge sur ses bords et à sa pointe, couverte d'un enduit jaunâtre, et plus ou moins sèche; il a des envies de vomir, ou des vomissemens de matières alimentaires, jaunâtres, verdâtres et amères; il éprouve de la tension dans les hypochondres, de la pesanteur dans l'épigastre, ou une véritable douleur sourde; il y a diarrhée ou constipation, suivant que le colon participe ou non à l'affection; il existe une céphalalgie le plus souvent frontale; quelquefois la peau présente une chaleur halitueuse, et est couverte de sueur comme dans la pneumonie, mais souvent elle est sèche, et sa chaleur est âcre et mordicante; le pouls est fréquent et large, parfois petit et

serré. Voilà la complication bilieuse des auteurs. L'existence de la plupart de ces symptômes à un plus faible degré, avec une langue blanche dans son milieu, légèrement rouge, et souvent papilleuse sur ses bords et à sa pointe, avec un goût fade ou acide, des vomissemens de même saveur, et quelques aphthes, constituent la complication muqueuse.

Tantôt les symptômes sont portés au plus haut degré. La langue est très-rouge, sèche, souvent couverte d'une croûte plus ou moins épaisse, d'un rouge-brun tirant sur le noir, parfois sanguinolente; les dents sont sèches et fuligineuses; la soif est très-violente, ou n'est pas ressentie par le malade, quoiqu'il ait toute la bouche sèche; il y a inappétence, douleur variable à l'épigastre, et souvent nulle; le ventre est tendu, et quelquefois douloureux à la pression; il y a diarrhée ou constipation; la douleur de tête et des membres est parfois assez violente, d'autres fois n'existe pas; la peau, présentant les mêmes caractères que dans la nuance précédente, tombe quelquefois en gangrène aux endroits sur lesquels repose le malade. Celui-ci est étendu sur le dos, presque immobile, laissant tomber ses membres soulevés comme s'il était déjà mort; il est dans une prostration générale, tous ses sens sont émoussés, et il est plongé dans une stupeur plus ou moins profonde. Voilà la complication adynamique ou putride. Si, dans l'une ou l'autre de ces nuances, le cerveau est fortement irrité, soit sympathiquement, soit par une cause quelconque, il survient du délire; les sens, quelquefois plus irritables que dans l'état naturel, sont excités par tout ce qui les environne, il y a des soubresauts dans les tendons et des convulsions, soit locales, soit générales. Voilà la complication ataxique ou maligne.

Ces différentes fièvres, dont M. *Broussais* a bien déterminé la nature dans ces derniers temps, et sur laquelle il a fixé d'une manière particulière l'attention des médecins, me paraissent être une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, dont l'intensité varie, et sur des sujets différens, avec ou sans irritation cérébrale. Voici la manière dont elle me paraît influencer tous les autres organes:

cette phlegmasie, comme celle de toutes les muqueuses, fait affluer à la surface interne de l'estomac et des intestins une très-grande quantité de liquides exhalés et sécrétés, lesquels, dénaturés et plus ou moins irritans suivant l'acuité de l'inflammation, sont portés par les absorbans dans le torrent de la circulation, et vont exciter tous les autres organes, notamment le cœur, les poumons et le cerveau, viscères les plus essentiels à la vie. Les sympathies nerveuses qui unissent cette membrane à presque tous les organes, et principalement au cerveau, est encore, comme l'a très-bien dit M. *Broussais*, un moyen par lequel l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale se communique aux autres organes. C'est ainsi qu'une maladie qui est d'abord locale me paraît devenir en quelque sorte générale.

Diagnostic.

Le diagnostic étant la partie la plus importante, puisque c'est sur lui que reposent le prognostic et le traitement; nous allons tâcher de l'établir de la manière la plus claire qu'il nous sera possible. Quoique la pneumonie ait quelques traits de ressemblance avec la pleurésie, la pleurodynie, le catarrhe pulmonaire, la phthisie, l'œdème du poumon, l'hépatite, etc., je crois qu'avec un peu d'habitude dans l'usage du cylindre et une attention un peu soutenue, il est difficile de se tromper.

La pleurésie est sans contredit la maladie qui a le plus de rapport avec la pneumonie; et il faut convenir que, dans leur début, il est presque inutile de porter un diagnostic certain, puisque le traitement est à peu près le même dans l'une et l'autre affection. Mais, si l'on considère, 1.° que la pleurésie aiguë ou chronique peut être suivie d'une collection séro-purulente dans la cavité pectorale, épanchement très-difficile à distinguer d'une pneumonie au second degré, ou passée à l'état chronique, sans avoir recours aux antécédens; 2.° que ces deux affections exigent un traitement différent, lorsqu'on veut pratiquer l'opération de l'empyème pour débarrasser le malade; on

devra s'attacher de bonne heure à distinguer ces deux maladies, et même à reconnaître leurs complications, puisqu'il n'est pas indifférent, pour se décider à opérer, que le poumon soit sain ou malade; car il sera bien plus susceptible de se dilater et de remplir la cavité thoracique dans le premier cas que dans le second.

Ces deux maladies peuvent être dues aux mêmes causes, débuter de la même manière, et avoir une marche plus ou moins aiguë. On a dit, et l'on répète tous les jours que, dans la pleurésie, la douleur de côté était aiguë, pongitive, superficielle, augmentait par la pression et par la toux, et empêchait le malade de se coucher sur le côté affecté; tandis que, dans la pneumonie, elle était sourde, profonde, ne s'opposant point au décubitus sur le côté lésé, et accompagnée d'un sentiment d'étouffement et de constriction particulier. Mais l'observation clinique prouvant tous les jours que la douleur des pneumoniques peut être assez intense, les empêcher de se coucher sur le côté malade, et être souvent intermittente, et si légère chez les pleurétiques, qu'elle n'empêche nullement le décubitus sur la partie affectée, cette douleur pouvant varier suivant la sensibilité des sujets, et les malades nous transmettant souvent d'une manière fort inexacte le degré et la nature de leurs souffrances, on ne doit pas attacher beaucoup d'importance à ses caractères. Il en est de même de ceux du pouls, qui sont très-variables, quoique l'on ait assigné à la pleurésie un pouls petit, serré, fréquent, et dur; tandis qu'il serait large, plein et mou dans la pneumonie. Les caractères véritablement distinctifs se tireront donc de l'expectoration, de la percussion, et de l'exploration de la poitrine au moyen du stéthoscope.

Les pleurétiques ont une toux sèche, ou suivie d'une expectoration muqueuse et rare, tandis que les pneumoniques ont des crachats abondans, spumeux, visqueux, et sanguinolens. La pleurésie étant ordinairement accompagnée d'un épanchement, qui peut devenir assez abondant en deux ou trois jours pour empêcher d'entendre la respiration dans tout le côté affecté, ou se faire d'une manière lente et graduée, offre un son plus mat que l'inflammation pulmonaire au

premier degré. En outre, lorsque l'épanchement est peu considérable, on entend l'égophonie, qui disparaît lorsqu'il augmente, pour reparaître s'il diminue, et le murmure respiratoire, d'abord insensible, se fait entendre à mesure que la sérosité purulente disparaît. Il n'y a d'ailleurs ni râle crépitant, muqueux, caverneux, ni pectoriloquie, qui caractérisent parfaitement les différens degrés de la pneumonie.

La pleurodynie, ayant sont siége dans les parois thoraciques, et consistant en une douleur souvent vague, sera facile à distinguer par l'absence du son mat, du râle crépitant, de la toux, de l'expectoration, et de la fièvre.

Le catarrhe pulmonaire, caractérisé par l'absence ou la faiblesse de la respiration dans divers points de la poitrine, reparaissant ou devenant plus forte d'un instant à l'autre, et par la présence du râle muqueux, sibilant ou grave, n'est point accompagné de douleur de côté, de son mat, de râle crépitant, caverneux, ni de pectoriloquie, comme l'inflammation du tissu pulmonaire. Les crachats n'offrent pas cet état spumeux, visqueux et sanguinolent qui appartient encore à cette dernière affection.

L'œdème du poumon, qui, comme l'indique M. le professeur *Laennec*, succède à une autre maladie, pourrait être confondu avec la pneumonie au premier degré, si l'on n'avait égard qu'au râle crépitant, qui existe aussi dans cette affection; mais l'expectoration est muqueuse et très-liquide, et il n'y a pas de douleur de côté, ni crachats pneumoniques, ni gêne de la respiration avec sentiment de constriction et d'anxiété, phénomènes qui caractérisent la pneumonie.

Si l'on considère la marche rapide de la pneumonie aiguë, son siége le plus fréquent, la douleur de côté, la nature des crachats, la fièvre et le râle crépitant qui l'accompagnent, il sera difficile de la confondre avec l'emphysème des poumons et la phthisie tuberculeuse. D'ailleurs, dans l'emphysème très-étendu, le son est plus clair que dans l'état naturel, en même temps que le murmure respiratoire

manque; et dans la phthisie au troisième degré on entend la pectoriloquie avec le râle caverneux.

La phlegmasie de la partie inférieure du poumon droit peut être prise de prime-abord pour une hépatite, et *vice versâ*. Dans l'un et l'autre cas, la douleur a à peu près le même siége; elle augmente par les fortes inspirations, surtout si l'inflammation du foie affecte sa partie supérieure, et le son ne fournit ici rien de positif. Mais dans l'hépatite la douleur se fait ordinairement sentir un peu plus bas, et se propage aux parties latérales du cou et à l'épaule; le bruit de la respiration s'entend à la partie inférieure du poumon droit, il n'y a point de toux ni de crachats pneumoniques, et le plus souvent on voit des symptômes gastriques et un ictère. Dans la pneumonie, au contraire, les caractères fournis par le stéthoscope, étant ici les mêmes que partout ailleurs, l'existence de la toux et de l'expectoration pneumonique sont bien suffisans pour n'être pas induit en erreur.

Prognostic.

Les poumons étant essentiellement composés de vaisseaux d'une texture très-délicate, destinés à remplir des fonctions si importantes à la vie, qu'elles ne peuvent être suspendues au-delà de quelques minutes sans menacer les jours de l'individu, et se laissant facilement altérer par l'inflammation, qui les met dans l'impossibilité physique de permettre l'accès de l'air et de livrer passage à tout le sang qui doit les parcourir, on doit toujours regarder comme grave la phlegmasie de ces viscères. Mais le prognostic doit varier suivant plusieurs circonstances. Il sera très-fâcheux lorsque le malade aura le thorax mal conformé; s'il est vieux, épuisé par des travaux pénibles, par des excès, ou par une maladie antérieure; si depuis long-temps il est affecté de catarrhe ou de pleurésie chronique; s'il a déjà éprouvé plusieurs inflammations pulmonaires, dont la résolution incomplète a laissé persister dans le parenchyme un foyer d'irritation chronique. La coexistence d'un ané-

vrisme du cœur, d'une gastro-entérite très-aiguë, d'un catarrhe étendu, d'une pleurésie dans le côté opposé, et la complication de plusieurs autres maladies, ajoutent encore à la gravité du prognostic. La respiration nous fournit un des signes les plus sûrs pour apprécier le danger de la pneumonie, comme l'observe très-judicieusement Baglivi : *Bona respiratio semper bonum indicat ; mala verò semper timenda ; nam quò fuerit facilior, vel difficilior, eò pleuritis erit felicioris vel infelicioris exitûs.* On doit craindre une terminaison funeste, si la respiration est petite, fréquente et entrecoupée ; si le malade est obligé de rester assis sur son lit ; si l'expectoration est très-difficile ou impossible ; si un râle trachéal se fait entendre, et qu'il y ait du râle crépitant ou absence de la respiration dans une très-grande étendue de la poitrine. Des crachats verts ou d'un gris-brun, avec une odeur gangréneuse ; le refroidissement et la lividité de la peau, le délire ou la stupeur, une face cadavéreuse, des sueurs froides et visqueuses, la faiblesse et l'intermittence du pouls, et une respiration stertoreuse, nous donnent la certitude que la vie est près de s'éteindre. On doit, au contraire, porter un prognostic favorable, si la percussion de la poitrine donne un son presque naturel, si le râle crépitant ou l'absence de la respiration offre peu d'étendue, si la respiration est peu gênée, si le décubitus est possible sur les deux côtés, si l'expectoration facile prend les caractères du catarrhe ; si le pouls est assez fort, mou et régulier ; si la peau conserve sa chaleur halitueuse, s'il n'y a ni délire, ni stupeur ; si le malade peut jouir pendant quelques heures d'un sommeil tranquille, et s'il n'y a point de complication.

En général le jugement que le médecin doit porter sur l'issue heureuse ou malheureuse de la maladie, doit varier suivant la portion des poumons affectée, l'intensité de la phlegmasie, le degré auquel elle est parvenue lorsqu'il est appelé pour y remédier, et les complications plus ou moins dangereuses.

Autopsie cadavérique.

L'ouverture du corps des personnes qui ont succombé à la pneumonie présente toujours les traces de la phlegmasie pulmonaire. On les rencontre dans toutes les parties des poumons, dans une étendue très-variable; mais plus souvent dans la partie inférieure de l'un ou de ces deux viscères, siége le plus ordinaire de la maladie. Elles présentent des caractères très-divers, qui correspondent aux différentes périodes de l'inflammation, et qui passent insensiblement des uns aux autres.

1.° La pneumonie n'a-t-elle duré que quelques jours, ou sa marche a-t-elle été peu rapide, est-elle encore à sa première période, on trouve la partie affectée plus volumineuse que dans l'état naturel, parce qu'elle s'affaisse moins à l'ouverture de la poitrine, plus pesante et plus dense que dans l'état sain, d'une couleur rouge, livide ou violacée. Elle crépite encore, mais d'autant moins que la maladie était plus avancée vers la suppuration. Se laissant facilement couper, elle crie moins sous le tranchant de l'instrument, et sa division permet l'écoulement d'une grande quantité de sérosité trouble, spumeuse et sanguinolente. Si on la jette dans l'eau, elle surnage. Plusieurs lavages, et des compressions fortes et répétées lui font perdre, en grande partie, les liquides qu'elle contenait; mais elle reste toujours d'un rouge livide. La macération même de plusieurs jours lui fait difficilement perdre cette couleur.

Ayant plusieurs fois examiné avec soin quelles étaient les parparties composantes des poumons affectés dans la pneumonie, voici ce que j'ai observé.

Les vaisseaux sanguins m'ont toujours paru conserver leur couleur et leur élasticité naturelles. J'ai souvent rencontré des concrétions fibreuses dans les gros troncs. Les capillaires sont très-manifestement gorgés de sang. On observe la même chose dans les périodes d'hépatisation et de suppuration; mais les capillaires paraissent contenir de

moins en moins du sang, à mesure que la phlegmasie fait des progrès. Toutes les divisions des bronches, les lobulaires exceptées, qui parcourent des portions saines de poumons, sont tantôt pâles et dans leur état naturel, tantôt rouges et enflammées, soit dans leur muqueuse seulement, soit dans toute leur épaisseur, si elles sont minces; mais toujours celles qui sont situées dans une masse enflammée m'ont paru l'être également dans toute leur épaisseur, et si elles traversaient une portion ainsi affectée pour aller se distribuer à d'autres parties saines, assez souvent leurs deux extrémités, mais surtout celle de terminaison, se sont présentées à moi dans leur état naturel. Tous les rameaux lobulaires qui allaient en grande partie former les lobules enflammés m'ont offert, dans toute leur épaisseur, une rougeur analogue à celle du lobule malade, quel que fût d'ailleurs l'état sain ou le plus souvent malade de la branche bronchique qui le fournissait. Comme dans les catarrhes très-étendus, et même dans les pneumonies aiguës, on rencontre souvent un ou plusieurs lobules phlegmasiés à différens degrés, isolés et distincts au milieu des parties saines, toujours la branche bronchique rouge ou pâle, qui va fournir les rameaux lobulaires circonvoisins, donne un rameau sain à un lobule sain, et un rameau enflammé à un lobule enflammé. On voit même quelquefois au milieu d'une masse nouvellement enflammée un ou plusieurs lobules intacts; alors les rameaux qui leur sont fournis, le plus souvent par des branches enflammées, sont dans le même état que leurs lobules. Toutes les fois que la phlegmasie a débuté d'une manière prompte et instantanée, j'ai rencontré le tissu cellulaire interlobulaire rouge et évidemment affecté. Mais, si la maladie a succédé à un catarrhe qui s'est étendu successivement à plusieurs lobules, ou bien si, dans l'état le plus aigu, on rencontre des lobules enflammés au milieu des lobules sains, dans la plupart des cas, le tissu cellulaire interlobulaire et la membrane celluleuse qui recouvre les lobules sains paraissaient intacts.

J'ai observé tous ces faits un assez grand nombre de fois pour en conclure que souvent la phlegmasie envahit primitivement les divisions

bronchiques lobulaires, et s'étend ensuite consécutivement au tissu cellulaire ; que d'autres fois tous les tissus semblent être affectés en même temps, et que, dans d'autres circonstances, elle commence par la plèvre, et s'étend ensuite aux poumons. C'est à peu près l'idée de *Cullen*, qui prétend que toujours l'inflammation commence par la plèvre ou par la muqueuse. Cette opinion paraît assez raisonnable ; car c'est, en effet, sur l'une de ces membranes que la plupart des causes agissent.

2.° Si la phlegmasie a duré plus long-temps, si elle est parvenue à la période d'hépatisation, la portion malade se présente sous la forme d'une masse dure, très-pesante, peu ou point crépitante, qui se précipite au fond de l'eau, d'une couleur un peu moins foncée que dans le cas précédent, à peu près uniforme dans tous les points, et dans laquelle les lobules sont le plus souvent confondus. Elle se laisse facilement couper, et sa division fournit une petite quantité de sérosité trouble, peu ou nullement spumeuse, paraissant sortir des canaux bronchiques. Le sang qui sort des vaisseaux se mêle avec elle. Sa section ou sa déchirure offre de petites granulations arrondies, unies au tissu pulmonaire par de petits filamens, et d'une quantité très-variable. Elles donnent au poumon un aspect grenu assez semblable au tissu du foie ; aussi est-ce à cette altération pathologique que les auteurs ont donné le nom d'*hépatisation*. Les divers tissus qui entrent dans la partie enflammée présentent toutes les variétés que nous avons indiquées dans le cas précédent. C'est souvent dans celui-ci que l'on reconnaît mieux l'état maladif des rameaux lobulaires et l'état sain du tissu cellulaire interlobulaire, lorsque les lobules affectés sont isolés. La plus légère macération détruit la rougeur de sa surface.

3.° Enfin, lorsque la maladie est parvenue à la période de suppuration, le poumon affecté présente à peu près le même volume, la même dureté et la même pesanteur que dans le cas précédent, d'une couleur blanche, sale, jaunâtre, quelquefois ponctuée de rouge ; il ne crépite nullement. Il se laisse couper et déchirer avec une très-

grande facilité, et sa division permet à une grande quantité de pus épais, visqueux, opaque, d'un blanc-jaunâtre, plus ou moins mêlé de sang et d'une odeur fade, de s'écouler par un grand nombre d'ouvertures de diamètre très-variable, et qui ne semblent être que les ramifications bronchiques, intactes ou déchirées. Au commencement de cette période, le poumon, un peu plus ponctué de rouge, laisse suinter de sa déchirure du pus et du sang, qui, mêlés ensemble, forment une matière pulpeuse, sanguinolente, qui a beaucoup de ressemblance avec le tissu ramolli de la rate. Ce degré d'altération laisse aussi voir une surface grenue et inégale; ce qui lui a mérité le nom d'*hépatisation grise* que lui donnent quelques auteurs.

J'ai assez souvent rencontré, dans différens points de ce dernier état, quelquefois dans des points du second, plus rarement au milieu du premier, de petits foyers purulens, tantôt pleins, tantôt presque vides, pouvant contenir depuis quelques gros de liquide jusqu'à deux ou trois onces. Leur cavité, le plus souvent anfractueuse, inégale, multiloculaire, laissant flotter dans son intérieur des débris de poumon, communiquait avec les bronches par un plus ou moins grand nombre d'orifices, ordinairement d'un très-petit diamètre. Je me suis assuré de cette communication par le lavage du foyer, et ensuite par l'insufflation de la bronche qui allait s'y distribuer. Ces foyers peuvent être plus volumineux, et constituer une véritable vomique, comme les auteurs en rapportent quelques exemples.

Ayant plusieurs fois insufflé fortement et à plusieurs reprises des poumons hépatisés ou suppurés, je les ai vus se distendre de plus en plus, redevenir un peu crépitans, et laisser ensuite écouler des liquides légèrement écumeux. Très-souvent on rencontre sur le même individu ces trois principaux degrés d'altération, tantôt séparés d'une manière assez distincte, et tantôt passant insensiblement de l'un à l'autre.

4.° Lorsqu'une partie du poumon est frappée de gangrène, son tissu offre à peu près la densité que lui donne la pneumonie au premier degré. Il est humide, et beaucoup plus facile à déchirer que dans l'état

naturel. Sa couleur présente plusieurs nuances mêlées irrégulièrement, qui varient depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir ; quelquefois avec un mélange de brun ou de jaune-brunâtre terreux. On rencontre çà et là quelques points ramollis et tombés en *deliquium* putride. Les parties altérées sont imprégnées d'un liquide sanieux d'un gris-verdâtre ou brunâtre, et d'une fétidité gangréneuse. Il n'y a pas de démarcation bien tranchée entre les parties mortes et les parties saines. Quelquefois la plèvre enflammée offre une teinte verdâtre, ainsi que la peau correspondant à la partie affectée.

Traitement.

La pneumonie aiguë étant une inflammation éminemment sanguine, sa marche prompte et ses progrès rapides, attaquant des organes très-susceptibles de se désorganiser, chaque période de la phlegmasie y produisant des altérations nouvelles qui les rendent de plus en plus incapables de remplir leurs fonctions, et qui exposent par conséquent de jour en jour davantage le malade à la mort ; ces altérations, dis-je, exigeant de très-grands efforts de la nature pour rétablir ces viscères dans leur état naturel, ou y entretenant une inflammation chronique qui rend le malade plus sujet à contracter de nouvelles phlegmasies, alors souvent funestes, le médecin, s'il ne veut pas laisser la personne affectée de pneumonie exposée à devenir la victime de son inaction, doit employer tous les moyens que lui fournit le thérapeutique pour arrêter les progrès de cette affection et l'empêcher de parcourir ses différentes périodes, la juguler, s'il est possible. Son traitement, éminemment antiphlogistique, doit donc être très-énergique. Il doit cependant être proportionné à l'intensité de la maladie, et offrir beaucoup de variétés suivant ses causes, sa période, l'état sain ou maladif du poumon antérieurement, suivant l'âge, le sexe, le tempérament du malade, sa force, ses habitudes, et les complications.

Il se compose de certains moyens que nous offrent l'hygiène, la pharmacie et la chirurgie.

Moyens hygiéniques.

Ces moyens sont très-importans ; leur négligence empêche souvent les autres moyens de réussir, fait passer la phlegmasie à l'état chronique, et expose le malade à des rechutes fréquentes.

Le lit de la personne affectée doit être placé dans une chambre vaste et spacieuse, sèche, et autant que possible bien exposée.

L'air de son appartement doit être sec et d'une température de douze à quinze degrés th. centigrade, ou mieux, comme le dit Stoll: *ad gratam ægri sensationem*. On le renouvellera de temps à autre en évitant avec grand soin que le malade ne soit exposé à aucun courant d'air froid, qui pourrait, par son introduction dans les bronches, et par son action sédative sur la peau couverte de sueur, aggraver fortement son état. Il ne doit contenir aucun corps étranger capable d'exciter les voies aériennes.

Le malade ne sera pas couché trop mollement, et en quelque sorte enseveli dans le duvet: un lit semblable serait trop échauffant, et ne permettrait pas l'évaporation de la transpiration cutanée. Ses couvertures seront légères, surtout en été, et l'on se donnera bien de garde d'étouffer les malades sous leur poids, dans le dessein de les faire suer, comme cela se pratique trop souvent dans la campagne. On changera le linge aussitôt qu'il sera humide. Les gilets de laine seront très-utiles, si l'on est en hiver, et que l'on ne puisse se prémunir contre les courans d'air et contre les vicissitudes atmosphériques. L'usage des bains est généralement abandonné dans cette maladie ; cependant le bain tiède, conseillé par *Hippocrate*, me paraît devoir être utile dans les cas où il y a une grande excitation, où la peau est sèche, chaude et mordicante. M. le professeur *Pinel* dit aussi avoir obtenu de bons effets des bains de bras et de mains.

Tant que la maladie conservera son état d'acuité, le malade doit

être soumis à une diète absolue, et on ne doit lui permettre de nourriture qu'après l'entière disparition des principaux symptômes inflammatoires. Les alimens devront être ensuite augmentés en raison directe de la diminution des accidens. On permettra d'abord quelques bouillons de veau ou de poulet, un peu de confitures ou quelques bons fruits cuits. Lorsque le malade sera à peu près convalescent, il prendra des crèmes de riz et de gruau, de la semoule, du vermicelle, des épinards, de la laitue, du lait, de la bouillie de fécule, des viandes blanches ; et enfin, lorsqu'il sera vers la fin de la convalescence, on lui donnera des potages plus nourrissans, et il reprendra peu à peu son régime habituel.

Pendant tout le cours de la maladie, et même pendant la convalescence, on doit favoriser les fonctions cutanées et éviter avec soin tout ce qui peut supprimer subitement la transpiration.

On veillera aussi à ce que l'évacuation des matières stercorales et urinaires se fasse bien, et on y remédierait, si elles étaient arrêtées.

Dans l'état aigu, le malade restera dans un repos absolu, évitera de parler, de crier, et même de tousser, autant que possible. Pendant la convalescence, il se promenera dans des lieux secs et exposés au soleil; il évitera tous les exercices musculaires capables d'accélérer la circulation.

Les facultés intellectuelles ayant une très-grande influence sur les fonctions pulmonaires, et même sur tout le physique du malade, on doit éviter tout ce qui pourrait affecter désagréablement les sens, et exciter des passions vives, employer tous les moyens possibles pour bannir les chagrins, la crainte, etc.

On peut dire ici d'une manière générale que, pendant tout le cours de la maladie, le médecin doit chercher à diminuer, autant que possible, l'action des poumons, non-seulement pour arrêter l'inflammation de la partie affectée, mais encore pour empêcher que la portion saine, en faisant un exercice immodéré, ne soit elle-même envahie par la phlegmasie. Pour y parvenir, il doit veiller avec le plus grand soin à ce que les organes dont l'action diminue celle des poumons exécu-

tent bien leurs fonctions, et à ce que ceux dont l'exercice augmente celui de poumons soient dans le repos le plus parfait possible. (Voy. les *sympathies.*)

Moyens pharmaceutiques.

Les moyens d'un usage général dans la pneumonie aiguë sont, les mucilagineux, les amilacés, les acidules et les huileux. Ainsi on prescrit avec avantage l'infusum de fleurs pectorales, la décoction de racine de guimauve, l'infusion de bourrache, l'eau de gomme, l'hydromel, le décoctum d'orge ou de gruau, édulcoré avec le sirop simple, le sirop de gomme, le miel ou le sucre. Les acidules, ayant la propriété de faire tousser certains malades, ne sont guère employés que quand la fièvre est très-intense et la soif dévorante, ou plutôt dans les complications de gastro-entérite. On donne alors les sirops de groseilles, de framboises, de limon, de vinaigre très-étendus d'eau, ou bien une légère limonade bien sucrée. Toutes ces boissons doivent être prises tièdes, et en petite quantité à la fois.

Les huileux, tant préconisés par les Italiens, et surtout par *Baglivi*, n'ont aucun avantage sur les mucilagineux; ils ont, de plus, l'inconvénient de se rancir facilement. Cependant on les conseille assez souvent, soit dans des potions, soit dans des looks.

Lorsque la toux est forte et fréquente, la douleur vive, et l'insomnie opiniâtre, il est quelquefois utile d'ajouter à ces médicamens certains narcotiques, tels que l'extrait aqueux d'opium, ou le sirop diacode. Cependant le médecin doit être très-réservé sur leur usage. L'émétique a été administré par *Bordeu* et *Rivière* dans les pneumonies les plus intenses, et quelques médecins le donnent encore aujourd'hui dans les mêmes circonstances. M. le professeur *Laennec* dit en avoir obtenu de bons effets. Lorsque l'expectoration est difficile, que le malade paraît faible, et qu'il est âgé, beaucoup de médecins emploient le polygala de Virginie, les préparations scillitiques, le carbonate et l'acétate d'ammoniaque, les fleurs d'arnica, l'éther sulfu-

rique, le kina, le camphre, l'ipécacuanha, etc. Tous ces moyens plus ou moins excitans me paraissent peu convenables dans la pneumonie aiguë. Donnés à trop petite dose ils sont le plus souvent sans effet; et donnés à plus forte dose, ils irritent le canal intestinal, et peuvent l'enflammer, ils excitent aussi les poumons en parcourant l'appareil circulatoire.

L'inspiration de vapeurs émollientes me paraît un bon moyen pour apaiser la toux, l'inflammation des gros canaux bronchiques, et pour faciliter l'expectoration.

Les purgatifs, les sudorifiques et les diurétiques ne conviennent dans aucun cas de pneumonie aiguë, tant que les symptômes inflammatoires se soutiennent. On peut les employer vers le déclin de la maladie, lorsque l'excitation n'existe plus, si toutefois le canal intestinal dans lequel on les dépose est lui-même en bon état.

Les vomitifs ne me paraissent indiqués dans aucune circonstance.

Moyens chirurgicaux.

Ces moyens sont, 1.° la saignée générale, 2.° les sangsues et les ventouses scarifiées, 3.° les cataplasmes émolliens, 4.° les révulsifs, tels que vésicatoires, sinapismes, ventouses sèches, sétons, moxas, etc.

1.° *Saignée.* La saignée générale est le moyen le plus énergique et le plus prompt que l'on puisse opposer à la phlegmasie pulmonaire. Elle a l'avantage d'agir sur l'appareil circulatoire, dont elle diminue l'activité, et par conséquent celle des poumons, en même temps qu'elle ôte à l'inflammation un de ses principaux élemens. La plupart des médecins préfèrent la saignée du bras : *Alphonse Leroy* aimait mieux celle du pied; d'autres veulent que l'on saigne à la jugulaire. Elles me paraissent à peu près indifférentes; elles ont toutes le même résultat, pourvu que l'on puisse ôter la quantité de sang voulue. On doit faire de grandes saignées, et ouvrir largement la veine, afin de dégorger promptement. Il est impossible de fixer jusqu'à quelle époque de la

maladie on peut pratiquer la saignée ; aussi les auteurs ne s'accordent-ils pas. Les uns ne veulent plus saigner passé les deux ou trois premiers jours ; d'autres, et particulièrement *Galien*, posent en précepte que l'on peut saigner à toutes les époques, pourvu que les forces le permettent. En général, la saignée doit être d'autant plus abondante, elle sera d'autant plus utile qu'elle sera faite plus tôt. Quelquefois la phlegmasie cède comme par enchantement à la première saignée ; d'autres fois, au contraire, celle-ci n'empêche pas la maladie de faire des progrès ; on doit alors la renouveler le lendemain, et même plusieurs jours de suite. J'ai souvent vu M. *Husson* enlever des pneumonies fort intenses en faisant faire deux larges saignées dans vingt-quatre heures. Ainsi le nombre des saignées est tout-à-fait indéterminé. Lorsque le médecin est appelé dès le début, il doit les répéter autant que les forces le permettent, si la maladie ne cède pas à la première ou à la seconde, afin d'obtenir la résolution, s'il est possible. Si l'on est appelé dans la première période, avant que le poumon ne soit hépatisé, on ne doit pas se borner à modérer l'inflammation par une seule saignée, et la laisser ensuite tranquillement parcourir toutes ses périodes ; on doit tâcher de l'arrêter, l'empêcher de faire de nouveaux progrès. On doit toujours avoir présent à l'esprit les désorganisations effrayantes que chaque période laisse après elle. Lorsque la phlegmasie est parvenue à la période d'hépatisation, si les saignées n'ont pas été mises en usage, et que les symptômes inflammatoires soient encore bien prononcés, le médecin doit se comporter à peu près comme dans le cas précédent. Cependant, comme il lui reste moins d'espoir d'une véritable résolution, et qu'il est à craindre que la maladie ne soit longue, il doit être un peu plus réservé dans l'emploi de la saignée ; il redoublera d'attention pour en bien étudier les effets. Dans la période de suppuration, on sera bien plus avare des évacuations sanguines ; on ne les emploiera que pour détruire la pléthore, et rendre plus facile le passage du sang dans les parties saines, ou pour déterminer la résolution dans les parties où elle serait encore à l'une des deux premières périodes.

Mais combien cet usage de la saignée ne doit-il pas être modifié suivant un grand nombre de circonstances ! Aussitôt que les symptômes inflammatoires disparaissent, il serait inutile, et souvent même nuisible de recourir à de nouvelles émissions sanguines. Le médecin doit donc examiner attentivement son malade. Si la douleur cesse, et que les crachats prennent le caractère de la résolution ; si elle est annoncée par l'exploration de la poitrine avec le cylindre, il cessera d'ôter du sang, ou au moins en diminuera beaucoup la quantité ; tandis qu'il insisterait sur ce moyen, si elle continuait sa marche. Il proportionnera la quantité de sang qu'il évacue à l'intensité de la phlegmasie, et à la force de celui qu'il traite. Il ne doit pas ignorer que les enfans s'épuisent promptement par les saignées. Chez ceux qui sont très-jeunes, on doit s'abstenir de la saignée générale ; il suffit d'appliquer quelques sangsues pour déterminer un écoulement de sang considérable à cet âge, où le système capillaire cutané jouit de l'énergie la plus active. Quoique les vieillards réparent assez difficilement les pertes qu'ils ont éprouvées par la saignée, je crois qu'il vaut mieux les exposer à rester pendant un certain temps dans la faiblesse que de les exposer à la mort en laissant marcher la pneunomie. Écoutons ce que dit à ce sujet P. Franck : « *Nec senes hoc à morbo correpti non facilè perferunt venæ sectionem ; et octogenario nuper viro per novem venæ sectiones periclitantem, in graviori peripneumoniâ vitam læti conservavimus.* » Les femmes, toutes choses égales d'ailleurs, supportent mieux les pertes de sang à cause de la promptitude avec laquelle l'hématose a lieu chez elles.

La petitesse du pouls, la lividité de la peau et son refroidissement, une grande gêne dans la respiration avec beaucoup d'anxiété, et un très-grand abattement chez un sujet fort et dans la période inflammatoire, pourraient en imposer au médecin peu attentif, en lui faisant confondre cette faiblesse, qui n'est qu'apparente, avec une faiblesse réelle ; mais, avec un peu de réflexion, il ne tardera pas à s'apercevoir que ce n'est là qu'une oppression de l'action du cœur, qui cesse d'envoyer le sang à la périphérie, par suite de l'obstacle apporté à la

circulation pulmonaire. Il doit, dans ce cas, recourir à la saignée générale avec d'autant plus de promptitude que la suffocation est plus imminente; et sous l'influence de ce moyen, il voit l'asphyxie se dissiper, le pouls se développer, et les forces revenir au malade.

Les émissions sanguines doivent être beaucoup plus modérées, si le pneumonique est déjà affaibli par une maladie antécédente, s'il était affecté de phthisie, de pneumonie ou d'une pleurésie chronique avant l'invasion de la phlegmasie aiguë. Cependant, dans ces circonstances malheureuses, le médecin ne doit pas perdre tout espoir, il peut encore obtenir la résolution de l'inflammation aiguë par de légères saignées, et prolonger ainsi la vie de ses malades, s'il n'a pas la satisfaction de les voir guérir complètement.

La pleurésie et le catarrhe aigu ne contr'indiquent pas la saignée; la gastro-intérite aiguë et commençante est dans le même cas. Mais si elle existe déjà depuis long-temps avec tous les symptômes adynamiques, si la prostration est très-grande, si déjà la maladie était chronique avant de passer à l'état aigu, dans une telle circonstance, presque désespérante, si le médecin a recours à la saignée, elle doit être très-légère, et seulement comme moyen d'exploration : je pense qu'il est prudent de s'en abstenir. Il doit se borner à l'emploi des adoucissans extérieurement et intérieurement, ou bien recourir aux révulsifs, qui le plus souvent sont infructueux.

2.° *Sangsues et ventouses scarifiées.* Ces deux moyens me paraissent agir de la même manière; c'est pourquoi je les place sur la même ligne. Dans les pneumonies violentes, comme dans toutes les inflammations des grands viscères, l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées ne suffit pas pour enlever la maladie, à moins que le sujet ne soit très-jeune. Elles sont employées, au contraire, avec beaucoup de succès pour combattre une pleurésie compliquante, ou pour détruire un point douloureux dans la poitrine, avec un peu de gêne dans la respiration, après avoir calmé la phlegmasie par la saignée générale. On les place alors sur le siége même de la douleur. Lorsque l'inflammation gastro-intestinale complique la pneumonie,

les sangsues appliquées à l'épigastre réussissent quelquefois d'une manière merveilleuse, même dans le cas où les symptômes adynamiques sont très-prononcés, mais existent depuis peu de temps. Les sangsues sont aussi employées avec avantage pour suppléer à l'écoulement menstruel, hémorrhoïdal, ou bien pour rappeler les évacuations habituelles supprimées.

Cataplasmes et fomentations émollientes. Ces applications émollientes sur la poitrine, et principalement sur le côté affecté, assez souvent renouvelées, et avec beaucoup de précaution, produisent de très-bons effets. Elles favorisent la transpiration cutanée, introduisent dans l'économie des liquides adoucissans, et produisent une détente favorable. On s'en sert aussi pour favoriser l'écoulement du sang après l'application des sangsues.

4.° *Vésicatoires, sinapismes, ventouses sèches, sétons, moxas, cautères.* Tous ces moyens révulsifs, appliqués sur la peau ou dans le tissu cellulaire, qui ont avec les poumons des sympathies très-étroites, ne doivent être mis en usage qu'après les saignées générales et locales, lorsque l'inflammation a été beaucoup diminuée, que le malade est affaibli, que la maladie tend à passer à l'état chronique, ou que la résolution languit. C'est alors qu'il convient de promener des vésicatoires volans sur la poitrine, sans les laisser suppurer. Beaucoup de médecins préfèrent les appliquer à la partie interne des bras. Ces deux endroits me paraissent à peu près également convenables. On peut remplacer ces derniers par des sinapismes, que l'on place aussi sur différentes parties des membres inférieurs. Ces révulsifs sont aussi employés pour suppléer à une évacuation ou à une inflammation extérieures supprimées, ou pour les rappeler à leur siége primitif.

Lorsque la maladie s'est terminée par induration, ou qu'après la suppuration, la résorption du pus est lente et difficile, les sétons, les cautères, les moxas, placés sur l'endroit de la poitrine qui est le plus près de l'engorgement méritent d'occuper le premier rang parmi les moyens énergiques dont on doit faire usage. Leur action lente, soutenue et prolongée, est en rapport avec la marche de ces deux espèces de désorganisations, toujours graves, que la nature par-

vient difficilement à guérir, et qui pendant toute leur existence exposent les malades a contracter une nouvelle pneumonie aiguë, ou bien tout autre maladie de poitrine, qui les conduisent souvent au tombeau.

Quand la maladie est parvenue à ce degré, le médecin, bien persuadé qu'un air atmosphérique convenable, et le soleil, en agissant sur la peau, ont beaucoup plus d'influence sur les poumons que le point de suppuration qu'il vient d'établir, surveillera avec une nouvelle attention tout ce qui entoure son malade; il lui indiquera le lieu de sa résidence, celui de ses promenades, les heures et les temps où elles devront avoir lieu, et toutes les autres circonstences hygiéniques. C'est par des moyens analogues que j'ai guéri, dans mon pays, un homme affecté de péripneumonie chronique, et deux jeunes gens affectés de catarrhe pulmonaire chronique, et regardés comme phthisiques par plusieurs médecins.

I.re OBSERVATION.

Un homme âgé de quarante-trois ans, natif de la Savoie, demeurant à Paris depuis long-temps, ayant les cheveux châtain foncé, les yeux bruns, la peau peu colorée, les muscles bien développés, le tissu cellulaire peu graisseux; d'une haute stature, d'un tempérament sanguin, était légèrement enrhumé depuis deux mois, lorsque, après avoir sué, il s'exposa au froid, et fut pris d'un frisson qui fut bientôt remplacé par une chaleur générale. Aussitôt il ressentit au-dessous du sein droit une douleur assez vive qui augmentait par la toux. Il perdit en meme temps l'appétit, eut la bouche amère, de la soif, de la douleur à l'épigastre, de la constipation et une céphalalgie frontale. Le lendemain il rendit du sang mêlé avec les crachats. Un médecin, appelé le cinquième jour à dater de l'invasion, pratiqua une saignée; le huitième jour, il en fit une autre; le douzième jour, il fit appliquer douze sangsues à l'épigastre; le dix-huitième jour, il lui mit un large vésicatoire sur la partie antérieure du sternum, et le fit suppurer. Pendant tout ce temps, le malade

fut soumis à une diète absolue, et prit de la tisane d'orge édulcorée avec le sirop de gomme.

Entré à l'hospice de la clinique le vingtième jour de sa maladie, il était couché en supination; sa respiration était fréquente et gênée; il ressentait une légère douleur au-dessous du sein droit; la partie postérieure de la poitrine était la plus douloureuse, ce qui, suivant le malade, était dû au décubitus sur cette région. La percussion de la poitrine fournit un son à peu près naturel; l'exploration avec le cylindre fit entendre du côté droit la respiration bonne en haut et en avant, les râles muqueux et crépitant dans le bas, et dans presque toute la partie postérieure de la poitrine la pectoriloquie et le râle caverneux, dont on douta un peu à cause de leur siége le long du bord interne du scapulum, l'égophonie à l'angle inférieur de cet os. A gauche, la respiration était très-faible, surtout en arrière; elle était naturelle en haut et en avant. La toux était rare, et augmentait la douleur; les crachats étaient opaques, ténus, d'un blanc-jaunâtre, d'un aspect purulent et peu abondans. La langue, sèche, rouge à la pointe et sur ses bords, était couverte d'une légère croûte d'un rouge brunâtre. Il y avait de la soif et de l'inappétence; l'épigastre, douloureux, supportait facilement la pression; le ventre était souple et non douloureux; il y avait une constipation opiniâtre; la peau, sèche, offrait une chaleur mordicante; le pouls était fréquent, et assez développé; le malade se plaignait d'une légère céphalalgie frontale; ses facultés intellectuelles étaient à peu près intactes, et il éprouvait des lassitudes générales. (*Prescription :* diète, deux bouillons, tisane légère de polygala, lavement de têtes de pavots; supprimer le vésicatoire.)

Vingt-unième jour, les morsures des sangsues saignent pendant dix-neuf heures, après lesquelles on fut obligé de les cautériser. Le malade, s'étant levé pour rendre son lavement, eut une syncope. La nuit, un peu agitée, se passa dans une insomnie opiniâtre. Le côté droit de la poitrine offrit à l'examen les mêmes symptômes que la veille. Le côté gauche fit entendre un peu de râle crépitant en bas.

Le malade, assis sur son lit, eut une lipothymie pendant l'exploration de la partie postérieure. D'ailleurs mêmes symptômes que la veille. (Même prescription, les sangsues exceptées.)

Vingt-deuxième jour, la respiration était très-gênée, courte et fréquente. Le malade, agité, parut éprouver une grande anxiété. On entendait le râle crépitant dans toute la partie inférieure du côté gauche de la poitrine. D'ailleurs même état. (Même prescription.) Mort à deux heures après-midi, après avoir présenté un peu de délire.

Autopsie cadavérique.

L'ouverture fut faite vingt heures après la mort. Les vaisseaux cérébraux étaient un peu gorgés de sang. Les ventricules latéraux ne contenaient qu'une très-petite quantité de sérosité. Le cœur était un peu plus volumineux que dans l'état naturel. La cavité droite de la poitrine renfermait six à huit onces de sérosité sanguinolente. La plèvre costale, d'un rouge ponctué en arrière et sur le côté, dans presque toute son étendue verticale, était saine en haut et en avant. Le poumon droit était évidemment enflammé dans tout son lobe inférieur, et dans une petite partie postérieure de ses lobes moyen et supérieur. La plèvre qui recouvrait ces parties était rouge et recouverte d'une fausse membrane assez épaisse et résistante en bas, molle et plus mince en haut. La membrane séreuse qui recouvrait les portions saines était blanche et dans son état naturel. Tout le lobe inférieur du poumon droit était très-pesant, volumineux, nullement crépitant, plus consistant dans certains endroits, moins dans d'autres ; il se laissait facilement couper et déchirer. Sa division présentait un aspect granuleux très-marqué. Dans différens points de ce lobe, en grande partie suppuré, d'un blanc-jaunâtre, ponctué de rouge, laissant suinter de ses vaisseaux une petite quantité de sang, et de ses canaux aériens une grande quantité de pus ténu, opaque, blanc-jaunâtre, et d'une odeur fade, on voyait çà et là des portions plus denses, plus résistantes, d'un rouge violacé, qui lais-

saient sortir une petite quantité de sérosité trouble, mêlée avec le sang fourni par les vaisseaux. A deux travers de doigts au-dessous de sa partie supérieure, et en arrière à un quart de pouce de la superficie, était un foyer purulent, multilobulaire, contenant une once et demie à deux onces de pus de même nature que celui qui était infiltré dans le tissu pulmonaire.

Sa cavité anfractueuse, ayant été lavée, laissait flotter sous l'eau des débris de poumon déchiré. Elle ne me parut d'abord pas communiquer avec les bronches; mais ayant insufflé la bronche qui allait s'y distribuer, je vis l'air sortir par un grand nombre de petites ouvertures qui n'étaient que la terminaison des petites divisions bronchiques, en partie détruites. Ce petit abcès, très sensible au-dessous de la plèvre avant son ouverture, était mou, et le foyer paraissait à moitié vide.

La partie postérieure de deux lobes supérieurs était enflammée au premier degré et à la superficie seulement, comme si l'inflammation avait commencé par la plèvre, et qu'elle eût consécutivement envahi le poumon.

La plèvre gauche, saine dans toute son étendue, ne renfermait aucune sérosité. Le poumon de ce côté était sain dans la partie antérieure de son lobe supérieur. Les autres parties étaient enflammées au premier degré; elles étaient gorgées de sang, et plus denses que dans l'état sain; elles crépitaient encore, et laissaient suinter une très-grande quantité de sérosité sanguinolente. Au milieu du lobe inférieur, on sentait une tumeur plus dure et plus résistante que les parties circonvoisines. Elle était inégale, bosselée, plus grosse qu'un œuf d'oie, et formée par plusieurs lobules enflammés au troisième degré. Le pus, encore infiltré dans leur tissu, formait au milieu de l'un d'eux un petit foyer capable de loger un œuf de pigeon, plein et communiquant cependant avec une assez grande quantité de très-petites divisions bronchiques. Les lobules qui environnaient cette tumeur étaient encore au premier degré d'inflammation.

Toutes les divisions bronchiques appartenant aux parties affectées,

l'étaient également dans toute leur épaisseur. Les principales branches qui allaient se ramifier dans les parties saines du poumon droit étaient enflammées dans leur muqueuse seulement, ou saines. Celles, au contraire, qui se distribuaient aux parties saines du poumon gauche étaient d'un rouge violacé, uniforme, borné à la muqueuse dans les gros troncs, et s'étendant à toute leur épaisseur dans les divisions subséquentes. Cette bronchite, la mieux caractérisée que j'aie jamais vue, se prolongeait dans toutes les branches, et affectait même quelquefois le rameau lobulaire à son origine; mais elle m'a toujours paru se terminer là, lorsque le lobule n'était point affecté de pneumonie. Entre les parties enflammées et celles qui étaient exemptes de phlegmasie, on voyait très-manifestement une branche fournir à droite un rameau lobulaire sain, et à gauche un rameau lobulaire malade, suivant que le lobule que ces rameaux allaient former étaient dans l'un ou l'autre de ces états.

La membrane muqueuse de l'estomac et du duodénum était d'un rouge ponctué, celle des petits intestins d'un rouge foncé, mais plus dans certains points que dans d'autres. On y voyait aussi çà et là de légères ulcérations commençantes, les ganglions mésentériques correspondans étaient rouges et tuméfiés, la muqueuse du colon était pâle, le foie jaune et très-volumineux.

II.e OBSERVATION.

Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, maçon, cheveux blonds, yeux bleus, teint pâle, tempérament lymphatique, peu fort, muscles peu développés, toussait depuis un mois, lorsqu'il perdit tout à coup l'appétit, eut de la soif, la bouche amère, des envies de vomir, une douleur sus orbitaire, un peu de mal à la gorge, et un peu de chaleur. Entré à l'Hôtel-Dieu le troisième jour à dater de l'invasion de cette dernière affection, il avait la langue légèrement rouge sur les bords et à sa pointe, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre dans son milieu; de la soif, de l'anorexie, la bouche amère; l'épigastre n'était pas doulou-

reux, le ventre était tendu; il y avait de la constipation et une légère céphalalgie frontale. La toux était un peu plus fréquente que d'habitude, et suivie de quelques crachats muqueux, opaques; ses yeux étaient larmoyans; sa peau, chaude et sèche, était couverte d'une éruption de rougeole à la face, au cou, et un peu à la poitrine et aux bras; le pouls était fréquent et assez large; la gorge, un peu rouge, lui faisait éprouver une légère douleur. (*Prescription :* diète, deux bouillons, tisane d'orge gommée, potion pectorale.) Le malade resta à peu près dans le même état pendant les six jours suivans que la rougeole mit à parcourir ses différentes périodes d'une manière assez régulière.

Dixième jour, la peau du visage était couverte de petites écailles furfuracées; le mal de gorge avait en grande partie disparu; mais la soif, l'anorexie, l'état de la langue, la tension du ventre, la constipation, la céphalalgie, la fréquence du pouls et la chaleur de la peau persistaient; la toux avait même un peu augmenté, l'expectoration était difficile et peu abondante. (Toujours même prescription.)

Onzième jour, à peu près même état; cependant le malade demandait à manger. (Même prescription.)

Douzième jour, le malade, à peu près dans le même état, restait plongé dans une sorte d'abattement apathique. (*Prescription :* deux soupes, tisane d'orge gommée, potion pectorale.)

Treizième jour, le malade, toujours languissant, était en proie aux mêmes symptômes. (*Prescription :* deux bouillons, extrait de kina, 3 ij; tisane d'orge gommée, potion pectorale, esprit de *Mendérérus* 3. iij.)

Quatorzième jour, même état. (Même prescription.)

Quinzième jour, le malade était toujours dans une grande apathie, sa toux était forte et fréquente, l'expectoration difficile. Il avait rendu quelques crachats sanguinolens, et d'autres de catarrhe parvenu à sa troisième période; il ressentait au-dessous du sein gauche une douleur si légère, qu'il ne s'en plaignait que lorsqu'on y fixait son attention. D'ailleurs même état. (Même prescription.)

Seizième jour, amaigrissement bien marqué, crachats rares, visqueux, spumeux, sanguinolens, quelques-uns de catarrhe; décubitus sur le côté gauche, légère douleur au-dessous du sein gauche; la percussion fournit un son presque naturel; respiration fréquente et gênée, pommette gauche rouge; pouls toujours fréquent, mais un peu plus large; chaleur mordicante de la peau, insomnie, mêmes symptômes gastriques. (*Prescription :* diète, deux bouillons, tisane d'orge gommée, potion pectorale.)

Dix-septième jour, même état. (Même prescription.)

Dix-huitième jour, le malade disait qu'il se trouvait mieux depuis le matin, quoiqu'il n'eût point dormi dans la nuit; sa respiration paraissait un peu plus facile, la douleur de côté avait disparu. D'ailleurs, même état. (Même prescription.)

Dix-neuvième jour, la respiration était plus gênée, le malade plus abattu; il éprouvait beaucoup d'anxiété; sa face était grippée, ses yeux ternes, son pouls petit et fréquent; la percussion du côté gauche de la poitrine fournit un son presque mat en bas. D'ailleurs même état. (*Prescription :* tisane d'orge gommée, potion pectorale, diète.)

Vingtième jour, l'anxiété était toujours très-grande, le malade poussait des cris plaintifs; il se désespérait, disait qu'il n'y avait plus de remède à son mal, et que sa mort était prochaine; rien ne pouvait le rassurer. Il avait rendu quelques crachats vert-gris brunâtres, et d'une odeur gangréneuse; son pouls était très-petit et très-fréquent, sa face très-grippée, ses yeux ternes et abattus. (Même prescription.)

Vingt-unième jour, toujours couché sur le côté gauche; le malade était dans un état de stupeur, ses yeux à demi-fermés, poussant quelques faibles gémissemens; sa respiration était très-gênée. Il avait rendu quelques crachats qui offraient les mêmes caractères que la veille; son pouls était fréquent et très-petit, une sueur gluante couvrait tout son corps; son haleine avait une telle odeur gangréneuse, qu'il était

impossible d'approcher de son lit sans en être infecté ; la prostration était extrême. Mort l'après-midi.

Je n'ai pas parlé de l'exploration de la poitrine avec le stéthoscope, parce qu'à cette époque je ne savais pas assez m'en servir pour que l'on pût y compter.

Autopsie cadavérique.

L'ouverture du côté gauche de la poitrine laissa dégager une assez grande quantité de gaz. Le poumon gauche était un peu affaissé, et ne paraissait pas remplir toute la cavité pectorale; la plèvre contenait peu de sérosité verdâtre; elle était verte dans sa partie inférieure seulement, et rouge un peu plus haut; le poumon était d'un noir-brunâtre dans tout son lobe inférieur ; la plèvre qui le recouvrait était assez résistante. Il offrait un peu plus de dureté qu'un poumon enflammé au premier degré, et se laissait couper et déchirer avec assez de facilité; il contenait dans son tissu un liquide d'un brun-grisâtre, un peu verdâtre, au milieu duquel se trouvaient des débris de poumon. Certains points plus ramollis s'affaissaient par la compression, et se réduisaient en une sorte de bouillie. Au milieu de ce tissu gangréné on voyait plusieurs vaisseaux résister à la déchirure, et qui paraissaient peu affectés. Toutes ces parties avaient une odeur gangréneuse des plus manifestes.

La membrane muqueuse de l'estomac était légèrement rouge ; toute celle de l'intestin grêle, mais surtout vers la valvule iléo-cœcale était rouge, épaissie, et présentait çà et là des ulcérations coupées à pic. Quelques-unes étaient de la grandeur de trois francs, et d'autres beaucoup plus petites. Un grand nombre de follicules muqueux étaient plus gros, plus saillans que dans l'état naturel, et quelques-uns paraissaient tout près de passer à l'état d'ulcération. Les ganglions mésentériques correspondant aux parties enflammées étaient tuméfiés, les uns rouges, les autres blancs. La tête ne fut pas ouverte.

Ayant depuis quelque temps abandonné la clinique de l'Hôtel-Dieu,

lorsque j'y retournai pour la première fois, je vis faire l'autopsie cadavérique d'un jeune homme qui avait les deux tiers inférieurs du poumon gauche dans le même état que celui que nous venons de décrire. La plèvre costale située vis-à-vis les parties gangrénées était verte ; plus haut, elle était rouge, et évidemment enflammée ; elle contenait à peu près trois onces de sérosité verdâtre. La peau correspondante aux parties affectées était aussi verte dans toute son épaisseur, quoiqu'il n'y eût que vingt-quatre heures que la mort était arrivée. N'ayant pas vu le malade pendant sa pneumonie, je n'ai pu rapporter son observation. Il paraît cependant qu'après des symptômes pneumoniques peu intenses, il rendit des crachats verts d'une odeur désagréable, et qu'il tomba dans un état d'abattement tel, que pendant trois jours on le regardait comme désespéré. Cette terminaison funeste ne fut pas même soupçonnée. *Scripsi quod vidi.*

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

In affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

IV.

In acutis affectionibus extremarum refrigeratio mala. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect* 1, *aph.* 24.

VI.

Attenuata longo tempore corpora lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 6, *aph.* 7.